

THÈSE

ANNÉE 19 ⁶⁷

N°

999

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Albert-Jean-Pierre GUETTA

Né le 1^{er} juillet 1939 à GRENOBLE (Isère)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

19 ⁶⁷

**LE PHOSPHATE DE BETAMETHASONE
EN INJECTION LOCALE**

SES INDICATIONS EN STOMATOLOGIE

Président : M. P. CERNEA, Professeur

THÈSE

ANNÉE 19.....

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Albert-Jean-Pierre GUETTA

Né le 1^{er} juillet 1939 à GRENOBLE (Isère)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19.....

**LE PHOSPHATE DE BETAMETHASONE
EN INJECTION LOCALE**

SES INDICATIONS EN STOMATOLOGIE

Président : M. P. CERNEA, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026



https://archive.org/details/IA41549028_0034

15-1-1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY (Mlle J.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONQUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

D O Y E N	Georges BROUET
1er ASSESSEUR	{ Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR	

I. - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

Anatomie	{ DELMAS (A.)
	{ HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques.	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
	{ JAYLE (M. F.)
Biochimie médicale	{ POLONOVSKI (J.)
	{ DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale.	FAUVERT (R.)
	{ BUGNARD (L.)
Biophysique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G.)
Chimie pathologique.	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	{ TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
	{ COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail.	DESOLLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie.	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie.	N...
	LAURENCE (G.)
Pathologie chirurgicale.	KUSS (R.)
	VERNE (J.M.)

Pathologie exotique.	BRUMPT (L.C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale.	{ LAROCHE (Cl.)
	{ BRICAIRE (H.)
	{ PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire.	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales.	MAURICE (P.)
Pharmacologie.	BOISSIER (J.R.)
	LECHAT (P.)
Physiologie.	BARGETON (D.)
	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale.	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale.	N...
Thérapeutique.	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée.	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique.	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie.	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.Cl.)
Biologie médicale.	BOURLIERE (F.)
Parasitologie.	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie.	{ DEJOURS (P.)
	{ SCHERRER (J.)
	{ KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale.	{ GOUGEROT (L.)
	{ ROUCAYROL (J.Cl.)
	{ TUBIANA (M.)
Radiologie médicale.	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique.	DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker).	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
{ Beaujon.	LORTAT-JACOB (J.L.)
{	BAUMANN (J.)
Cliniques chirurgicales { Cochin	LEGER (L.)
{ Hôtel Dieu	PATEL (J.)
{ Saint-Antoine.	GOSSET (J.)
{ Salpêtrière.	SICARD (A.)
{ Tenon.	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique { (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
{ (Foch)	PADOVANI (P.)
{ (beaujon).	CAUCHOIX (J.)

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades).	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais).	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec).	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint Louis).	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié).	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants Malades).	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca).	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint Louis).	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants Malades).	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard).	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte Anne).	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais).	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière).	CASTAIGNE (P.)
{ Bicêtre.	DEPARIS (M.)
{ Broussais.	MILLIEZ (P.)
{ Cochin.	N...
Cliniques médicales { Hôtel Dieu.	BARIETY (M.)
{ Pitié.	DREYFUS (G.)
{ Saint Antoine.	CONTE (M.)
{ -	KOURILSKY (R.)
{ -	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat).	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants Malades).	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais).	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métabo- liques (Hôtel Dieu).	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker).	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié).	DAVID (M.)
Clinique neurologie (Salpêtrière).	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales { Baudeloque.	LACOMME (M.)
{ Saint Antoine.	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port Royal).	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique { Hôtel Dieu.	OFFRET (G.)
{ Cochin.	GREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière).	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau).	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint Vincent de Paul).	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec).	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière).	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin).	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière).	SEZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière).	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard).	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint Antoine).	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal).	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R. Poincaré).	JUDET (R.)
Clinique urologique { Cochin.	ABOULKER (P.)
{ Necker.	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau).	LAPLANE (R.)
{ A. Chantin.	DOMART (A.)
Sé éiologie médicale { Lariboisière.	BOUVRAIN (Y.)
{ Pitié.	RAMBERT (P.)
{ Rothschild.	WOLFROMM (R.)
Sénéiologie et clinique chirurgicales (Broussais).	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie.	{ ANDRE (R.)
Hydrologie et climatologie	{ BOUSSER (J.)
Maladies infectieuses.	{ GIBERTON (A.)
	{ BASTIN (R.)
	{ AZERAD (E.)
	{ BOUR (H.)
	{ CAROLI (J.)
	{ DREYFUS (B.)
	{ GROSSIORD (A.)
Médecine	{ LAMBLING (A.)
	{ LAUNAY (Cl.)
	{ PAYET (M.)
	{ PERRAULT (M.)
	{ SIGUIER (F.)
	{ WORMS (R.)
Néphrologie.	{ RICHEL (G.)
Neuro-chirurgie.	{ LE BEAU (J.)
Neurologie	{ LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie.	{ PICHOT (P.)
Oto-rhino-laryngologie	{ MADURO (R.)
Pédiatrie.	{ POLONOVSKI (Cl.)
	{ ROYER (P.)
	{ MEYER (A.)
Pneumo-Phtisiologie.	{ KREIS (B.)
Rhumatologie	{ DELBARRE (F.)

2° PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie pathologique.	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie.	CHRISTOL (D.)
	{ CARTIER (P.)
Biochimie médicale	{ GONNARD (P.)
	{ NORDMANN (J.)
Biologie médicale.	{ HARTMANN (L.)
Chirurgie.	{ CERBONNET (G.)
Hématologie.	{ BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses.	{ DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie.	{ TARDIEU (G.)
Pédiatrie.	{ ROSSIER (A.)
Physique médicale.	{ COURSAGET (J.)
	{ GREMY (F.)
Physiologie.	{ GIRARD (Fr.)
Stomatologie	{ CHAPUT (Mme A.)

3° PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie.	HAUDUROY (P.) Pr s.
Pathologie chirurgicale.	RUDLER (J.) Pr s. cl.

4° Professeurs associés

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique.	SCHWARTZ (D.)
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	} . . . M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'histoire de la Médecine	
Conservateurs.	{ Melle DUMAITRE (P.)
	{ Melle LAURENT (H.)
	{ Melle LE NOIR (G.)
	{ Mme CONTET (J.)
	{ Mme FORGET (F.)
Bibliothécaires.	{ Melle DUROZOY (M.F.)
	{ Melle ROBERGE (D.)
	{ Dr. SCHILLER (J.)

A ma Mère

A mon Père

Respect et Amour

A Monsieur le Professeur M. DECHAUME
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur
Médaille Militaire
Croix de Guerre 1914-1918

A Monsieur le Professeur Agrégé P. CERNEA
Professeur de Clinique Stomatologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Stomatologiste des Hôpitaux de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur LEPOIVRE
Stomatologiste de l'Hôpital Cochin

A Monsieur le Docteur COMMISSIONNAT
Stomatologiste des Hôpitaux

qui nous ont conseillé dans ce travail
avec notre respectueuse gratitude.

A nos Maîtres d'Externat des Hôpitaux :

Docteur BATAILLE

Docteur HOUZEAU

Docteur LAMBERT

Docteur LEPOIVRE

Professeur LOEPER

Docteur MARIE

Professeur PATEL

Aux Maîtres de l'Institut de Stomatologie de la Faculté de Médecine

Aux Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris.

LE PHOSPHATE DE BETAMETHASONE EN INJECTION LOCALE

SES INDICATIONS EN STOMATOLOGIE

PLAN

I

- Propriétés pharmacologiques et analyse chimique des divers corticostéroïdes.
- Propriétés générales du phosphate de bêtaméthasone.

II

- Les indications en stomatologie de la corticothérapie en injection locale.
 - . Arthrite chronique et arthrose temporo-mandibulaire
 - . Algies cranio-faciales
 - . Adénites tuberculeuses
 - . Cicatrices rétractiles et hypertrophiques
 - . Maladies de la muqueuse buccale et du parodonte
 - . Les glossodynies

III

- Essai thérapeutique du phosphate de bêtaméthasone en stomatologie.
 - . Observations
 - . Etude générale de l'utilisation du phosphate de bêtaméthasone en injection locale
 - . Résultats

IV

- Conclusion

PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES
ET ANALYSE CHIMIQUE DES DIVERS CORTICOSTEROIDES

Les hormones du groupe des glucocorticoïdes connaissent des indications dans toutes les branches de la pathologie générale. On utilise surtout des composés voisins réalisés par les chimistes et préparés industriellement par synthèse.

Ces hormones glucocorticoïdes possèdent un ensemble d'actions. A côté de celles utilisées en thérapeutique, ces corps présentent des effets secondaires qui peuvent déclencher parfois de véritables complications. Ce sont justement ces effets que les chimistes tentent d'éliminer dans la synthèse de nouveaux produits.

I - PROPRIETES GENERALES -

Les propriétés générales des corticostéroïdes sont multiples comme nous l'avons dit. Leur intérêt thérapeutique réside en leur activité antiinflammatoire et anti allergique.

L'ACTIVITE ANTI-INFLAMMATOIRE est la plus importante du point de vue thérapeutique. Son mécanisme est complexe :

- les corticostéroïdes diminuent l'oedème et la perméabilité vasculaire en augmentant le tonus vasculaire et en provoquant une vasoconstriction.
- ils diminuent les formations de fibroblastes et inhibent le tissu de granulation, ainsi que l'évolution vers la sclérose.
- ils modifient la polymérisation de la substance fondamentale du tissu conjonctif. L'hormone gluco-corticoïde a une action inhibitrice sur l'hyaluronidase qui est responsable de la dépolymérisation, en particulier lors d'inflammation.

L'ACTIVITE ANTI-ALLERGIQUE est également précieuse. Son mécanisme est très mal connu :

- diminution de la perméabilité capillaire.

- diminution de la production d'histamine.
- les corticostéroïdes bloquent la réponse du tissu intéressé par la réaction antigène-anticorps.

En contre-partie de ces actions bénéfiques, les corticostéroïdes ont des effets secondaires.

ACTION SUR LES METABOLISMES -

Les corticostéroïdes ont un effet direct, souvent mis en cause, de rétention hydrosodée et de déperdition potassique. Ils provoquent aussi une élimination du calcium et du phosphore entraînant une ostéoporose parfois importante.

Les corticostéroïdes ont un effet diabétigène par diminution de l'utilisation périphérique du glucose et par augmentation de la néoglucogénèse ; de plus, ils favorisent le catabolisme protéidique et provoquent une mobilisation avec redistribution des graisses.

L'administration de corticostéroïdes entraîne une inhibition de la sécrétion d'ACTH et la mise au repos des surrénales, selon la loi du balancement endocrinien.

ACTION SUR LE SYSTEME NERVEUX CENTRAL -

Il consiste en euphorie, mais aussi agitation et insomnie. La corticothérapie peut entraîner des psychoses graves, mais finalement favorables. Par ailleurs il existe une action sur l'appétit par l'intermédiaire du centre hypothalamique, une action sur la température et une action sur la douleur, mais cette dernière est élective.

LES ACCIDENTS DIGESTIFS sont plus redoutables, car ils ne sont pas fonction de la dose, ni de la durée du traitement. On observe des complications allant des simples gastralgies et brûlures extrêmement fréquentes, jusqu'aux hémorragies et perforations gastro-duodénales.

SUR LE SANG, les corticostéroïdes ont aussi une action. Ils entraînent une chute des éosinophiles circulants, et c'est sur ce fait qu'est

basé le test de Thorn. De plus, ils favorisent la coagulation par chute du taux d'antithrombine.

Enfin, il semble prudent de limiter la corticothérapie chez la femme enceinte aux cas strictement indispensables quoique le risque tératogène parait nul dans l'espèce humaine.

II - ANALYSE CHIMIQUE -

L'effort des chimistes s'est effectué dans le sens de la réalisation de corps chimiques voisins susceptibles d'avoir le maximum d'efficacité thérapeutique et le minimum d'effets secondaires.

Les corticostéroïdes dérivent tous du noyau cyclopentanophénanthrène. Ils possèdent, pour avoir une activité corticosurrénale une fonction cétone sur le carbone 3 une double liaison entre les carbones 4 et 5, et sur le carbone 17 une chaîne libre à deux carbones comportant une fonction alpha cétol. C'est la formule de la cortisone.

Les modifications apportées à ces molécules transforment leur activité.

- Une fonction alcool en II à la place de la fonction cétone donne à l'hydrocortisone une action anti-inflammatoire un peu plus importante.
- L'adjonction d'une double liaison en 1-2 augmente de 5 fois l'activité anti-inflammatoire, tout en diminuant l'activité rétionnelle en sodium et en eau : c'est la prédnisolone.
- La méthylation du carbone 6 donne le méthylprednisolone dont l'activité anti-inflammatoire est ainsi majorée.
- Surtout si on introduit dans la molécule de prédnisolone une halogène en 9 alpha, l'activité anti-inflammatoire est considérablement augmentée, mais la rétention hydrosodée augmente aussi dans des proportions plus importantes encore.

On utilise le Fluor car l'activité anti-inflammatoire de ces dérivés halogénés augmente de façon inversement proportionnelle à leur poids atomique.

- On contrebalance l'influence rétentionnelle de ce Fluor en introduisant en 16 un hydroxyl (Triamcinolone) ou un méthyl (bêtaméthasone et dexaméthasone), qui exalte en plus l'activité anti-inflammatoire. Cependant ces derniers dérivés auraient semble-t-il une action de freination hypophysaire 10 fois plus important que la prednisone.

La betaméthasone se différencie de la dexaméthasone par une modification qui paraît minime puisque ce sont deux isomères. En effet, la position de la fonction méthyl en 16 se trouve en position Bêta dans la Bêtaméthasone et en position Alpha dans la Dexaméthasone.

Il faut noter qu'habituellement un isomère est biologiquement actif, l'autre ne l'est pas. La Betaméthasone constitue une exception à cette règle. Il semblerait même que la Betaméthasone présenterait des avantages sur la Dexaméthasone :

- réplétion potassique plus faible,
- rétention sodique nulle alors qu'il existe avec la Dexaméthasone une rétention temporaire,
- un effet glycogénopexique moindre.

Ce dernier corticostéroïde est présenté sous forme de phosphate disodique, parfaitement soluble. Sa solubilité lui confère une meilleur tolérance gastrique, de plus une meilleure absorption et une diffusion plus rapide, ce qui permet de bénéficier au maximum des avantages thérapeutiques de la molécule.

Le phosphate de Bêtaméthasone a été particulièrement étudié du point de vue pharmacologique par Mme O. Foussard-Blanpin et J. Bretaudeau ; la clinique a directement complété ce travail.

PROPRIETES GENERALES DU PHOSPHATE DE BETAMETHASONE

SON ACTIVITE ANTI-INFLAMMATOIRE -

Elle est expérimentalement 10 fois supérieure à la prédnisone et du même ordre de grandeur que celle de la dexaméthasone.

Notons que lors de l'injection dans l'articulation tibio-astragalo-calcanéenne du rat, la bétaméthasone a une activité plus marquée que celle de la dexaméthasone dans les mêmes conditions.

Par ailleurs les auteurs sont d'accord sur la rapide efficacité du produit dès les premières 24 heures et sur le caractère incontestable de son action anti inflammatoire locale.

Quant à la TOLERANCE du produit, elle est satisfaisante.

Expérimentalement chez l'animal le traitement pendant deux mois à doses thérapeutiques, ainsi que les traitements 10 fois supérieur pendant 1 mois, sont cliniquement bien tolérés.

Ces traitements entraînent seulement une légère atrophie surrénalienne ou une stéatose hépatique discrète, liées à l'activité métabolique et hormonale de tout corticostéroïdes.

SES EFFETS SECONDAIRES -

ACTION SUR LE METABOLISME DES ELECTROLYTES -

La chorémie et la natrémie ainsi que le rapport NA/K dans les urines évoluent de manière sensiblement égale chez les rats traités comme chez les témoins. Il n'y a pas de dépression potassique.

Les résultats cliniques montrent que la rétention sodée est nulle ; on ne note pas d'oedème ni d'élévation tensionnelle. La fuite potassique existe pas contre mais à un degré très faible. Les résultats ont été

confirmés par de nombreux auteurs qui dans plusieurs cas ont observé plutôt une action diurétique de la bêtaméthasone.

Le risque d'ostéoporose par ailleurs, n'a pas semblé plus important qu'avec les autres corticostéroïdes.

ACTION GLYCOGENOPEXIQUE -

Sur la souris surrénalectomisée, la bêtaméthasone exerce une activité glycogénopexique de la même étendue que la cortisone donc moins puissante que la dexaméthasone.

Les examens systématiques chez les malades traités par bêtaméthasone n'ont signalé que rarement une glycosurie légère et transitoire, mais pas de diabète cortisonique.

ACTION PSYCHIQUE -

L'expérimentation sur la souris a montré tous les signes d'hyperexcitabilité après administration de dose supérieure au 1/10 de la DL 50.

L'étude clinique a mis en évidence une discrète euphorie mais pas d'altération de l'humeur ni du sommeil. Certains troubles psychiques paraissent exceptionnels mais toujours mis en doute.

LA TOLERANCE DIGESTIVE -

L'effet agressif pour la muqueuse buccale de la bêtaméthasone s'est révélé chez l'animal, suivant le même protocole moindre que celui de la prédnisone ou de la dexaméthasone.

La plupart des auteurs ont confirmé la bonne tolérance gastrique de la bêtaméthasone. Les troubles digestifs sont rares chez les sujets indemnes de toutes lésions gastriques, et se limitent à des incidents mineurs transitoires. La prudence reste de règle chez les sujets prédisposés, mais certains auteurs ont pu l'utiliser chez des anciens ulcéreux avec avantage.

LE RETENTISSEMENT CORTICO-SURRENAL est histologiquement effectif chez l'animal sans que le taux des 17 hydroxystéroïdes varie au cours du traitement.

Il semble néanmoins que cette freination existe, et nécessite les précautions d'usage.

DU POINT DE VUE LOCAL -

Le Bêtaméthasone s'est révélé rapidement efficace et d'une parfaite tolérance locale.

La solubilité sous forme de phosphate de bêtaméthasone permet d'éviter la formation de micro-cristaux irritants au point d'injection.

	CORTISONE	HYDRO-CORTISONE	PREDNISOLONE	TRIAMCINOLONE	DEXAMETHASONE	BETAMETHASONE
ACTIVITE ANTI-INFLAMMATOIRE	1	1 - 1,25	3 - 5	3 - 5	40 - 50	40 - 50
<u>EFFETS SECONDAIRES</u>						
Retention de NA	++++	+++	++	0	+	0
Fuite de K	+++	++	++	+	++	+
Ostéoporose	+++	++	++	+++	+++	+
Diabète	+	+	++	++	+++	+
Excitation psychique	+++	+	++	0	+++	+
Inhibition de l'ACTH	+	+	++	+++	++++	++++
Ulcère Gastrique	++	++	+++	+	++	+

LES INDICATIONS EN STOMATOLOGIE
DE LA CORTICOTHERAPIE EN INJECTION LOCALE

C'est en injection intra-articulaire que l'on utilisa pour la première fois en clinique les corticoïdes. Hollander en 1951 publiait les premiers résultats qui étaient favorables dans 90 % des cas.

Depuis la corticothérapie a pris l'extension que l'on sait. Son utilisation par voie générale et locale recouvre à peu près tous les chapitres de la thérapeutique, et reste dans plusieurs cas unique.

La clinique stomatologique a hérité de cette nouvelle médication pour être utilisée dans diverses affections aussi bien de causes générales que de causes locales.

Cependant, depuis, tous les auteurs se sont attachés à montrer les désavantages, incidents et accidents, de la corticothérapie. La définition et l'analyse précise de ces désavantages ont permis la mise au point de règles de prescription et de surveillance.

L'administration prépondérante par voie générale des corticoïdes n'a pas éliminé et peu s'en faut, son utilisation par voie locale.

Les propriétés complexes des corticoïdes et essentiellement leur activité anti-inflammatoire provoquent des modifications cliniques, histologiques et biochimiques maximales au voisinage immédiat du siège de l'injection.

Il a été cependant décrit une réaction générale des corticoïdes administrés par injection locale, liée à la diffusion de ces produits. Ce qui oblige à prendre des garanties, et à soumettre l'administration par injection locale des corticoïdes aux mêmes règles que celles adoptées par la corticothérapie par voie générale (REINBERG et SIDI).

Nous devons admettre alors que :

- la localisation limitée d'une affection ne justifie pas dans tous les cas l'administration par voie générale d'un médicament de manière délicate de toxicité certaine,
- par contre dans ce cas, l'utilisation de la voie locale réunit la plus forte concentration et l'effet maximum du médicament dans la zone malade, avec une diffusion et une activité générale minima sinon nulles.

La localisation du processus pathologique est donc l'indication majeure de la corticothérapie par injection locale.

Nous envisageons une à une ces diverses indications :

- l'arthrite chronique et les arthroses temporo-mandibulaire représentent l'indication de choix dont les règles d'administration sont maintenant au point,
- certaines formes d'algies cranio-faciales, répondent dans des cas trop limités malheureusement à la thérapeutique et en particulier à l'injection locale de corticoïde,
- les adenites tuberculeuses ont une indication très précise,
- les rétractions cicatricielles nécessitent toujours la tentative thérapeutique par corticothérapie locale,
- quant aux maladies des muqueuses et du parodonte, l'injection de corticoïde est diversement discutée et controversée.

ARTHRITE CHRONIQUE ET ARTHROSE TEMPORO-MANDIBULAIRE -

Suivant le plan très général de la Rhumatologie, les affections de l'articulation temporo-mandibulaire peuvent schématiquement se diviser en arthrite et arthrose.

Dans le premier groupe, sont classées :

- les arthrites infectieuses banales avec leurs aspects cliniques et évolutifs très particuliers,
- les arthrites infectieuses spécifiques, peu fréquentes sinon exceptionnelles

- au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire, qu'elles soient gonococciques, syphilitiques ou tuberculeuses, et qui se présentent dans un contexte clinique propre,
- les arthrites inflammatoires aiguës qui forment l'atteinte articulaire du rhumatisme articulaire aiguë, rare au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire.

Chacune de ces arthrites ont un traitement propre bien défini.

Dans le même premier groupe se situent :

- les arthrites inflammatoires chroniques réunissant la polyarthrite chronique évolutive et la spondylarthrite ankylosante. Au cours de ces affections, l'atteinte de la temporo-mandibulaire longtemps considérée comme exceptionnellement apparaît lors d'étude systématique, plus fréquente. Elle n'est en tout cas jamais isolée, et ses manifestations cliniques sont peu bruyantes. (FRIEZ et SCHUHMANN).

Dans le deuxième groupe, les arthroses réunissent un ensemble de troubles articulaires très fréquents.

Les causes déterminantes dans la production des lésions osseuses et méniscales caractéristiques de l'arthrose sont multiples qu'elles soient essentielles ou accessoires.

Ce peut être la séquelle de lésions traumatiques violentes ou de contusion de l'articulation temporo-mandibulaire, de consolidation en position vicieuses de fracture mandibulaire.

Achard et Rey insistent sur toutes les luxations temporo-mandibulaires qui s'accompagnent à la longue de craquements et évoluent vers un syndrome douloureux articulaire. Ils les signalent comme indications majeures de la corticothérapie intra-articulaire.

Les troubles mécaniques de la statistique articulaire dentaire, définis dans le syndrome de Costen-Dechaume, sont considérés comme principal responsable responsable dans la genèse des arthroses temporo-mandibulaires.

Arthrite inflammatoire chronique et arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire sont les principales indications des infiltrations intra-articulaires de corticoïdes. Elles ne doivent pas faire éliminer un éventuel

traitement étiologique, et un traitement du terrain.

TECHNIQUE DE L'INFILTRATION INTRA-ARTICULAIRE DE LA TEMPORO-MANDIBULAIRE -
(CERNEA)

Les règles d'aseptie doivent être systématiquement appliquées et régulièrement à chaque infiltration. Les injections doivent être faites avec une aseptie rigoureuse sans laquelle on s'expose à provoquer des arthrites infectieuses qui sont d'un traitement très long et d'un pronostic fonctionnel réservé.

- brossage des mains de l'opérateur au savon et désinfection à l'alcool à 90°.
- désinfection de la peau du malade au lieu de l'injection avec de l'alcool iodé.
- prélèvement de 1cc du produit dans une seringue en verre avec les précautions spéciales. On utilise une aiguille fine de 3/10 à 6/10 de diamètre, à biseau court.
- exploration directement au doigt du condyle mandibulaire, la mandibule étant en position de repos, c'est-à-dire qu'il existe une ouverture de la bouche d'environ 1/2 cm.
- pour être efficaces, les injections doivent être rigoureusement intra-articulaires, au contact de la synoviale. L'aiguille est plantée horizontalement directement sous le zygoma en rasant la face postérieure du condyle sans l'érailler. Elle est enfoncée d'environ 1 cm.
- l'injection doit se faire sans effort, sinon s'il s'agit d'une fausse route.

Une autre technique a été décrite par Henny :

- diriger dans un premier temps l'aiguille vers le toit de la cavité glénoïde jusqu'au contact osseux, puis retirer légèrement. S'assurer qu'aucun vaisseau n'a été lésé et injecter.
- dans un deuxième temps, on peut faire une deuxième injection au niveau de l'articulation condylo-méniscale, en retirant incomplètement l'aiguille puis en l'enfonçant vers le bas jusqu'au contact du condyle. On continue comme précédemment.

Les injections sont en général recommandées tous les huit jours. Leur nombre est variable et dépend de l'évolution, d'habitude 3 à 6 infiltrations suffisent.

En effet, les résultats sont excellents. Dès la première injection, on remarque l'atténuation des douleurs puis leur disparition. Mais elles réapparaissent ensuite lors d'une nouvelle poussée fluxionnaire ou sous un mode mineur.

Son action est moins brillante dans les arthrites inflammatoires chroniques que dans les arthroses. De plus l'action du corticoïde est purement local, et dans la plupart des cas ne semble pas modifier l'évolution générale de la maladie (LATTES, BATAILLE et VIGNEUL). Aussi dans les rhumatismes inflammatoires chroniques, le traitement général doit avant tout être mis en oeuvre. La corticothérapie locale n'est utilisée que comme adjuvant, lorsqu'un ou deux articles sont enflammés.

Dans les arthroses, les infiltrations de corticoïde permettent en général de corriger les lésions qui auraient été irréversibles si seul le traitement étiologique avait été institué. Mais, associées à ce traitement étiologique, les infiltrations de corticoïdes sont d'autant plus efficaces qu'elles ont été instituées plus précocément (GRAPPIN et BARNAUD).

A volume égal, les différences d'action des divers corticoïdes sont considérées comme peu importantes (SERRE, SIMON). Mais la mise au point de nouveaux corticoïdes comme la dexaméthasone et la bêtaméthasone, permet d'avoir des produits qui ont une activité anti inflammatoire plus marquée.

Par contre les suspensions de corticoïdes sont à déconseiller car :

- si elles semblent plus actives que les solutions,
- elles s'accompagnent d'un plus grand nombre d'incidents de réactivation douloureuse transitoire,
- elles provoquent au lieu d'injection des dépôts de micro-cristaux non résorbés.

N'oublions tout de même pas de parler des divers accidents décrits au cours de la corticothérapie intra-articulaire.

Outre les arthrites infectieuses, habituellement staphylococciques lors d'injection septique, on a signalé des altérations dystrophiques des articulations, associées toujours à une ostéoporose (FALLET et FASEL). Ces accidents sont expliqués soit par l'intolérance des surfaces articulaires aux corticoïdes, soit par la possibilité d'aggravation rapide des lésions préexistantes.

Ces derniers accidents ne sont décrits que lors de l'institution d'un traitement prolongé. Dans ce cas, il sera nécessaire plus particulièrement de n'utiliser les corticoïdes qu'à bon escient.

HAIM a pu écrire qu'en stomatologie, il n'ya pas d'indications réelles pour les corticoïdes, hormis les affections de l'articulation temporo-mandibulaire.

LES ALGIES CRANIO-FACIALES -

Elles ne représentent pas en elles-mêmes une indication de la corticothérapie en injection locale.

Mais tout son groupe doit être démembré, car il constitue le survol d'une énorme quantité de faits.

Nous évoquerons simplement quelques adpects en fonction de la possibilité du traitement par injection locale de corticoïde.

Il est certain que devant toute algie cranio-faciale, il faut rechercher méthodiquement, il faut avoir la hantise de "passer à côté" d'une cause organique aussi bien dans la sphère stomatologique que, en relation avec les autres spécialités, dans les sphères ophtalmologique, oto-rhino-laryngologique et neuro-chirurgicale.

Une fois éliminée en premier lieu une telle cause, il conviendrait d'envisager la possibilité :

- de douleurs dites rhumatologiques,
- de séquelle d'un traumatisme,
- en dernier lieu, on parlera de douleurs essentielles.

Enfin, l'arsenal thérapeutique moderne mis à la disposition du praticien, énorme pourtant, peut malheureusement être mis en échec devant certaines algies, qu'elles soient de causes organiques ou non. Les corticoïdes en injection local ont pu alors parfois être administrés avec succès.

LES ALGIES DITES RHUMATISMALES (DE SEZE et RYCKEWAERT) -

Nous avons déjà vu que toutes les affections chroniques de l'articulation temporo-mandibulaire peuvent s'accompagner de gênes douloureuses de douleurs articulaires, mais aussi très fréquemment d'algies faciales. Dechaume qui les a particulièrement étudiées, a insisté sur leur polymorphisme. "Elles sont diverses et mal définies, déroutantes par la non-systématisation de leur topographie, plus vasculaire que nerveuse".

Ces douleurs à distance répondent admirablement bien à l'injection intra-articulaire de corticoïde.

Dans les affections rhumatismales abarticulaires, les indications des infiltrations tissulaires sont fort nombreuses mais mal systématisées.

Dans ces variétés, les algies prennent leur origine essentiellement dans la souffrance d'éléments relativement superficiels.

Il a été décrit des cédations rapides et complètes après injections de corticoïde (BERATO ...).

- au niveau de la zone gachette, trigger-zone, des myalgies et spasmes douloureux musculaires,
- dans les névralgies du Nerf d'Arnold, à son émergence au niveau de l'occipital
- les indications peuvent être étendues en fonction des divers noms que l'on peut donner à ce type d'algie très complexe : les correspondant

en rhumatologie générale des tendinites, ténosynovites, acroparesthésies, périarthrites et autres.

LES ALGIES FACIALES POST-TRAUMATIQUES -

A la suite de simples contusions ou de traumatismes plus violents, même lorsqu'il a été bien traité, on peut voir à la longue s'installer des douleurs parfois vives. Elles sont situées dans une large zone autour du point traumatisé ou de la cicatrice. La topographie est mal systématisée ; elle ne suit pas le trajet d'un nerf ; elle est plutôt régionale, locale. Les douleurs peuvent s'accompagner de troubles vaso-moteurs (BATAILLE, DESCROZAILLES et MUGNIER).

Le processus physio-pathologique est encore très mal connu. Si le rôle du système neuro-végétatif est actuellement admis, les avis sont partagés, en particulier entre l'excitation du sympathique (Taptas) et l'inactivité du sympathique (Leriche).

De toute façon, les infiltrations loco-dolenti permettent quelques fois la cédation plus ou moins complète de ces douleurs.

LES ALGIES FACIALES ESSENTIELLES -

Ici encore, la pathogénie devrait nous être d'un grand secours. Mais elle est toujours mal connue.

Tout se passerait comme si, ces algies avaient pour substratum le neurone de la douleur était à la fois organique et fonctionnelle. Mais on ne peut pas dire avec certitude à quel endroit de son trajet le neurone est irrité, ni comment et pourquoi il souffre.

Il n'est pas démontré que le siège de la lésion ou du trouble dynamique soit à la périphérie. ALAJOUANINE et THUREL admettent que ce siège est central, au niveau du noyau bulbo-protubérantiel du trijumeau. D'autres auteurs attribuent aux névralgies du trijumeau une origine thalamique.

Pour BATAILLE, DESCROZAILLES et MUGNIER ces algies sont dues à une lésion irritative presque toujours cicatricielle et vraisemblablement haut placée rendant le neurone hyperexcitable.

Quel que soit leur siège, ces centres seraient sensibilisés par diverses causes : névrite ascendante légère (carie dentaire), lésions vasculaires (action du système nerveux végétatif) et les excitations périphériques ou stimulus, appliquées souvent un point précis ou zone gachette, déclencheraient la crise.

CERNEA a cité l'emploi des corticoïdes au lieu de projection douloureuse de certaines algies faciales, Pour notre part, à la consultation de stomatologie de Cochin, nous avons tenté sur quelques glossodynies, avec un certain succès, l'infiltration de corticoïde loco dolenti. Nous reverrons plus loin les résultats et les commentaires qu'ils appellent.

Notons en plus, dans le chapitre des algies, qu'on a proposé l'injection intra-rachidienne de corticoïde pour des algies zostériennes ou des tumeurs des nerfs.

ADENITES TUBERCULEUSES -

Les adénites tuberculeuses posent une indication à la corticothérapie en injection locale, et suivant des modalités très précises.

On sait que le ganglion tuberculeux évolue pour son propre compte, et passe successivement par les stades de crudité, ramollissement, fistulisation pour laisser en général des cicatrices plus ou moins rétractiles et inesthétiques.

Le traitement des adénites tuberculeuses sera avant tout le traitement général anti-tuberculeux ; mais son action est décevante sur le plan local.

Au stade de ramollissement :

- après une ponction évacuatrice du ganglion,
- on injecte le corticoïde en solution.

Parfois ces injections sont précédées de l'injection de produits destinés à liquéfier le caséum :

- soit injection la veille de l'association strepto-kinase-streptodornase ;
- soit injection 3/4 d'heure à une heure avant de trypsine.

Ces injections précèdent la ponction évacuatrice plus complète immédiatement suivie de l'injection du corticoïde.

Les injections sont répétées 2 à 3 fois par semaine.

Ce traitement augmente la rapidité de guérison qui est obtenue en un ou deux mois, mais il ne met pas à l'abri des récidives.

CICATRICES RETRACTILES ET HYPERTROPHIQUES -

Les rétractions cicatricielles des tissus mous sont le fait de chéloïdes, de sclérodermies localisées, ou de lichénifications circonscrites. Elles peuvent parfois entraîner des constrictions permanentes d'origine extra-osseuse (CERNEA).

LES CHELOIDES -

L'infiltration de corticoïde constitue le meilleur traitement médical des chéloïdes. Elle peut suffire, ou bien constituer le premier temps du traitement chirurgical. Elle est d'autant plus active que la chéloïde est plus jeune.

L'infiltration est faite avec l'aseptie nécessaire en utilisant une aiguille fine montée sur seringue impériale, type seringue de Raison. (DUFORMENTEL et MOULY).

Le corticoïde sera injecté sans trop de pression, ni trop superficiellement, ni trop abondamment. Il a été signalé dans ces cas de petites nécroses qui ne compromettent cependant pas l'action thérapeutique du corticoïde. De même il ne faut infiltrer strictement que la chéloïde sous peine de provoquer l'atrophie des tissus voisins ou sous-jacents (BOGGIO ROBUCCI).

Les infiltrations sont recommencées toutes les semaines ou tous les 2 jours. En général, 9 à 12 séances suffisent. Sinon il n'y a plus rien à espérer.

LES SCLERODERMIES LOCALISEES -

Les sclérodermies sont constituées d'une infiltration oedémateuse et dure de la peau et des tissus sous-jacents. La forme généralisée est une maladie grave, mais seule la forme localisée nous intéresse ici. Qu'elle soit cutanée ou exceptionnellement muqueuse, elle entraîne des lésions scléreuses et bucco-dentaires (BATAILLE et MARSAN).

L'infiltration de corticoïde peut entraîner un ralentissement de l'évolution du processus.

LES LICHENIFICATIONS CIRCONSCRITES (DE GRACIANSKY et BOULLE) -

Ici encore, les infiltrations de corticoïde vont tenter d'entraîner une modification et une dissociation des couches profondes du derme.

On peut utiliser une autre méthode en injectant strictement dans le derme le corticoïde au moyen d'un appareil à tatouage.

CONSTRICTIONS PERMANENTES D'ORIGINE EXTRA-OSSEUSE -

Très accessoirement, et dans les formes mineures ou avant un traitement chirurgical, il a été préconisé l'infiltration de corticoïde au niveau des blocs cicatriciels (CERNEA).

MALADIES DE LA MUQUEUSE BUCCALE ET DU PARODONTE -

LES GINGIVITES ET GINGIVO-STOMATITES ULCEREUSES répondent en général très bien au traitement local et général classique. Cependant, il existe certaines formes récidivantes particulièrement gênantes et incommodantes pour le malade. Ce sont ces formes qu'on a voulu faire bénéficier de la corticothérapie.

Comme les lésions sont très superficielles, ce sont les applications locales de corticoïde qui ont au début eu au faveur de divers auteurs. Ce traitement a pu apporter d'intéressantes résolutions des gingivo-stomatites ulcéreuses.

Mais l'application locale de corticoïde sur la gencive est soumise à des difficultés inhérentes à la muqueuse buccale : la présence de salive, de mucus, les mouvements de la langue, etc... Aussi a-t-on amélioré la technique de la corticothérapie locale :

- en utilisant des rubans de gélatine imprégnés de corticoïde,
- en effectuant une pulvérisation locale qui assure une bonne répartition de la substance active,
- ou bien enfin, tout simplement, on utilise les injections locales de solution de corticoïde (HAIM), d'autant que les ulcérations muqueuses procèdent de lésions du derme sous-jacent. Là encore, l'avantage des solutions sur les suspensions est qu'elles ne provoquent pas de dépôts de micro-cristaux non résorbés.

Un point est à mettre en exergue : la surinfection toujours présente au niveau des lésions de la muqueuse buccale nécessite systématiquement, dans tous les cas, l'adjonction aux corticoïdes d'antibiotiques.

Les diverses techniques de la corticothérapie locale décrite plus haut, ont été utilisées avec plus ou moins de succès pour d'autres stomatites.

LES STOMATITES ERYTHEMATEUSES, ainsi que LES APHTES répondent bien au traitement (VILENSKY). Mais on connaît des complications et des contraindications des corticoïdes dans les aphtoses.

Par contre, il semblerait que :

- les hypertrophies gingivales,
- les chéilites glandulaires,
- le lichen plan non rosif,

ne réagissent pas aux corticoïdes locaux (FISCHER - HAIM).

LE LICHEN EROSIF est une affection très douloureuse se produisant brutalement au moment des poussées de l'affection. Il a pu bénéficier de la corticothérapie en injection locale (Vilensky).

A l'aide d'une seringue en verre montée d'une aiguille intradermique, on pratique une série d'injections sous la muqueuse, en convergeant vers le centre de la lésion.

Au rythme de deux injections par semaine, on peut observer la disparition des douleurs et de l'érosion, parfois seule la douleur cède ; mais les échecs sont nombreux.

Quant aux PARODONTOLYSES, il existe de multiples moyens thérapeutiques pour tenter seulement d'enrayer son évolution, car il n'est pas possible actuellement de les guérir. Beaucoup de moyens décrits sont valables et utiles, et il faut s'astreindre à les utiliser tous (LAGARRIGUE).

De nombreux auteurs ont utilisé avec succès les injections intra-ligamentaires de corticoïde, associé aux antibiotiques (BALLESTRO et IUSEM, HAIM). On assiste après deux ou trois injections à une stabilisation, voire à une rémission temporaire. Keil empêche la récurrence en badigeonnant la muqueuse avec une pâte aux corticoïdes.

Des lésions secondaires graves ont été décrites mais après utilisation de doses importantes ou prolongées (SELYE - SPIES).

La corticothérapie locale des maladies de la muqueuse buccale et du parodonte n'a pas reçu la faveur d'un travail important qui aurait mieux

précisé les indications valables et les modalités du traitement.

LES GLOSSODYNIES -

Sous le terme de glossodynie, on désigne un syndrome douloureux de la langue sans cause immédiate constatable et où l'on est frappé par la discordance entre l'importance des signes subjectifs et la discrétion des lésions objectives.

Pour certains auteurs (BATAILLE - DESCROZAILLES - MUGNIER) n'entrent pas dans le cadre des glossodynies les douleurs dues à des lésions indiscutables et les névralgies essentielles du glossopharyngien et du lingual.

D'autres (ACH - ANDELOVA) entrent dans le chapitre des glossodynies d'origine nerveuse : les algies du glossopharyngien et du trijumeau, certaines ~~sympathalgies~~ dont les douleurs linguales provoquées par les prothèses dentaires ou des lésions oto-rhino-laryngologiques.

Les glossodynies sont en général fréquentes chez la femme ménopausée, émotive, psychopathe, cancérophobe.

Elles se manifestent par des douleurs de la langue à type de brûlure, parfois ce n'est qu'une simple gêne, un engourdissement, une constriction, un pincement ou des démangeaisons.

Ces douleurs sont sourdes ou très intenses, permanentes avec parfois paroxysmes, et présentant des périodes de rémission.

Situées au niveau d'un point précis, ou s'étendant à toute la face dorsale de la langue.

Associées à d'autres signes buccaux tels une sécheresse de la bouche ou différents arrière-goûts.

Le tableau clinique tracé par LATTES et FRIEZ pour les glosso-dynies purement subjectives, cryptogénétiques, est significatif.

"Ce sont les douleurs qui revêtent le caractère le plus obsédant

"Si leur point de départ est variable, le plus souvent le malade accuse la partie la plus postérieure des bords de la langue, vers le repli glosso-amygdalien.

"Nous avons vu que siègent dans cette région des papilles foliées ou des papilles fongiformes facilement irritées; c'est aussi le siège électif des varicosités.

"Le patient découvre un jour, par hasard à l'occasion d'une irritation minime, cette région qui lui paraît anormale donc pathologique. Son anxiété vite en éveil l'amène à la contempler plusieurs fois par jour, à extérioriser sa langue en lui faisant subir des tractions pour mieux l'observer et la palper. Une congestion mécanique s'ensuit inévitablement, son imagination y découvre les signes d'une ulcération ou d'une tumeur et l'obsession du cancer a tôt fait de s'installer dans son esprit, c'est en effet la cancérophobie qui dans la plupart des cas amène les malades à la consultation. La douleur est bien souvent alors au second plan ; c'est une prétendue lésion qu'il nous somme de découvrir et pour laquelle il sollicite la biopsie qu'il exige parfois.

"De tels malades sont bien difficiles à apaiser, à tranquiliser, sceptiques qu'ils restent devant nos conclusions négatives et rassurantes".

Cependant devant une glossodynie comme devant toutes algies, nous avons vu qu'il faut savoir prendre son temps et rechercher avant tout une cause, au besoin travailler en collaboration avec un neurologue et un médecin généraliste. Ce qui pourrait permettre dans certains cas, comme conséquence pratique de faire un traitement étiologique.

Si le traitement de la cause n'est pas possible, ou si nous ne trouvons pas de cause, nous serons de toute façon devant une douleur qu'il faut calmer. Le processus pathogénique pourrait nous orienter quant à la thérapeutique à prendre.

Les causes sont multiples et variées (BATAILLE -DESCROZAILLES et MUGNIER) :

LES CAUSES LOCALES LINGUALES :

- les fissures microscopiques de la langue,
- l'inflammation des amygdales linguales ou des papilles fongiformes du V,
- les microtraumatismes dentaires, prothétiques...,
- les tics de frottement,
- l'irritation par caustiques (tabac, épices, acides,...),
- les glossites et les autres maladies de la langue (lichen inapparent, séquelles de zona, ...),
- l'électrogalvanisme buccal par polymétallisme.

LES CAUSES EXTRALINGUALES :

- les lésions de voisinages (pulpite chronique, granulome, de dents incluses),
- le déséquilibre de l'articulée dentaire (syndrome de COSTEN-DECHAUME),
- les glossodynies réactionnelles d'origine allergique,
- la syphilis,
- le diabète,
- l'athérosclérose cérébrale,
- l'hyperthyroïdie,
- les troubles de l'appareil digestif et les déficiences vitaminiques,
- les anémies où elles sont un élément du syndrome neuro-anémique, expliqué par des réflexes d'organe : réflexe vago-sympathico-trijéminal (ACH, ANDELOVA),
- le syndrome de PLUMIER-VINSON,
- le syndrome de GOUGEROT-SJOGREN,
- les glossodynies tuberculiniques.

ACH et ANDELOVA expliquent la pathogénie des glossodynies par la doctrine neuro-physiologique de PAVLOV.

Il existerait d'abord un trouble fonctionnel de l'écorce cérébrale qui déclencherait des troubles du système neuro-végétatif. Ces derniers se manifesteraient par différents syndromes névrotiques.

En faveur de cette théorie, ils citent :

- l'aggravation ou l'amélioration par les circonstances extérieures,
- le malade est souvent un névrotique qui présente des troubles de l'écorce cérébrale,
- les résultats favorables de la psychothérapie.

Il est certain que la personnalité psychique du malade est un élément important du tableau clinique.

Les glossodynies peuvent dans certains cas être de nature primitivement mentale, et être considérées parfois comme des manifestations d'algies de conversion. BARA et ROIG pensent que tout choc ne se traduit par une algie de conversion que sur un terrain spécial, présentant une vulnérabilité neuro-végétative, endocrinienne ou du système circulatoire périphérique.

Mais le plus souvent les glossodynies ne sont pas secondaire à des troubles psychiques, il existe plutôt une interférence entre une lésion, une sensibilité locale particulière, et l'état psychique spécial du sujet.

LATTES et FRIEZ font entrer les glossodynies dans le cadre des cénestopathies. Et, pour BARUCH et RACINE, ce type de douleur pourrait dans certains cas être le reflet d'anomalies vasculaires régionales qui expliqueraient cette sensibilité particulière de l'épithélium.

Ainsi donc, il semble qu'il existe une base locale à toute glossodynie, primaire ou secondaire, dans le contexte soit d'une maladie générale soit d'un terrain spécial.

Les corticoïdes possèdent un ensemble de propriétés à l'origine de modifications histologiques et biochimiques du tissu conjonctif. Nous avons vu que les corticoïdes :

- provoquent une augmentation du tonus vasculaire et diminuent la perméabilité capillaire,
- modifient la polymérisation de la substance fondamentale en inhibant l'hyaluronidase,
- ont une action anti-algique élective.

L'injection de corticoïde en solution au niveau de la minime lésion locale, dans la zone des troubles vasculaires neuro-végétatifs ou de sensibilité particulière de l'épithélium y provoque ces diverses modifications qui pourraient expliquer leur rôle thérapeutique.

TECHNIQUE D'INJECTION -

On utilise une seringue en verre montée d'une aiguille hypodermique.

Les règles d'aseptie sont toujours respectées.

Si la douleur est localisée, l'injection est faite au niveau précisé par le malade et repéré soigneusement. On injecte en pleine masse musculaire les divers plans sous-jacents.

Si la douleur n'est pas localisée, on fait une tronculaire du nerf lingual du côté douloureux ; ou bien on infiltre les deux nerfs si la douleur est plus diffuse et bilatérale.

Nous verrons plus loin les quelques résultats que nous avons observés en utilisant le phosphate de bêtaméthasone en injection dans les glossodynies.

ESSAI THERAPEUTIQUE DU PHOSPHATE DE BETAMETHASONE EN STOMATOLOGIE

OBSERVATIONS

1 - Fra. Denis 20 ans

Monsieur Fra. consulte le 13 Juin 1967 dans le service pour des douleurs récentes au niveau des articulations temporo-mandibulaires.

Depuis un an déjà, le patient était gêné par des craquements de ses articulations temporo-mandibulaires, plus accentués à droite. Mais il ne jugeait pas nécessaire de consulter. C'est l'apparition de douleurs sourdes, ainsi que le désagrément de ces craquements incessants qui le conduisent à la consultation.

L'examen clinique objective ces craquements au niveau des deux articulations.

L'ouverture buccale n'est pas vraiment limitée, mais elle se fait avec latéro-déviation vers la droite.

Les mouvements mandibulaires amples, ne sont pas non plus limités.

Notons des troubles de l'articulé :

- vestibulo-position des incisives inférieures que le patient dit s'accroître progressivement depuis les trois dernières années,
- mésio-vestibulo-position de la canine inférieure droite,
- les quatre dents de sagesse ne se trouvent pas sur l'arcade.

Des radiographies rétro-alvéolaires montrent que les dents de sagesse sont présentes et incluses.

Les radiographies en incidence de Parna droite et gauche bouche ouverte, ne montrent pas de déformation osseuse. Il n'y a pas de lésion articulaire ; l'interligne articulaire est respecté. On ne note pas de subluxation à l'ouverture de la bouche. Il existe de longues apophyses styloïdes.

Nous pratiquons l'injection de phosphate de bêtaméthasone au niveau des deux articulations.

Le 22 Juin, le patient est satisfait par la disparition des douleurs, mais reste désagréablement gêné par les craquements.

L'ouverture buccale mesurée au niveau des incisives centrales droites est à 32 mm.

Nous renouvelons l'injection intra-articulaire bilatérale.

Le 29 Juin, le patient nous fait remarquer qu'il a eu des douleurs articulaires dans les secondes qui ont suivi les injections, mais elles n'ont eu aucune suite ; au contraire le patient a noté une diminution de l'intensité des craquements.

L'ouverture buccale mesurée dans les mêmes conditions est à 36 mm.

Nous nous abstenons de toute thérapeutique et demandons à revoir le patient la semaine suivante.

Le 6 Juillet, Monsieur Fra. accuse à nouveau des craquements articulaires désagréables.

L'ouverture buccale est maximum à 38 mm.

Nous renouvelons les injections intra-articulaires de phosphate de bêtaméthasone.

Le 13 Juillet, nous pouvons constater cliniquement la disparition objective des craquements. La palpation permet de sentir seulement une luxation condylo-méniscale à droite lors de la diduction.

Nous faisons un neulage sélectif des cuspides des prémolaires et de la dent de six ans inférieures droites pour tenter un équilibrage de l'articulée.

Aucun traitement local est institué, et nous conseillons l'extraction des dents de sagesse incluses.

2 - Pit. Françoise 24 ans -

Mademoiselle Pit. présentait le 29 Décembre 1966, une arthrite de l'articulation temporo-maxillaire gauche apparue il y a un mois.

L'examen clinique mettait en évidence une latérodéviation vers la gauche de 2 mm, et un aspect d'hémi-atrophie faciale droite.

Les radiographies des articulations temporo-maxillaires en Parme droit et gauche, en montraient aucunes anomalies.

Le traitement institué alors se résumait en application d'alcool iodé, avec moucheture superficielle au thermocautère.

Le 16 Janvier 1967, elle revient dans le service avec les mêmes signes fonctionnels et physiques.

Il a été fait une injection intra-articulaire de 1 cc de phosphate de bêtaméthasone dans chaque articulation.

Le 20 Juin, sur notre demande, Mademoiselle Pit. nous fait dire que depuis les injections, l'amélioration de ses douleurs a été nette, ce qui la conduit à ne plus revenir à la consultation.

3 - Mon. Erasmo 68 ans -

Le 9 Décembre 1966, Monsieur Mon. Erasmo consulte le service adressé par un stomatologiste qui demande un avis au sujet de la névralgie du trijumeau gauche qu'il a diagnostiquée chez ce malade.

"Je lui ai donné, nous écrit-il, du Tegretol qui a eu l'air de le calmer au début à 3 comprimés par jours ; mais il est chauffeur de taxi, et à cette dose il présente quelques vertiges. Maintenant à 4 comprimés, il est un peu soulagé".

Monsieur Mon. a observé que sa maladie a commencé au début octobre, il y a donc deux mois, par des douleurs intermitentes. Il a consulté un spécialiste qui lui a ordonné 3 comprimés de Tégrétol par jour. Si la douleur a été calmée, il a par contre présenté des vertiges. La médication fut donc interrompue ; puis, les douleurs aidant, reprise à 4 comprimés par jour, mais avec peu d'efficacité. Elle a été interrompue définitivement il y a 15 jours environ, et les douleurs sont devenues beaucoup plus fortes.

Le malade est un homme de constitution robuste, sans antécédants pathologiques majeurs. Il signale il y a quelques années des crises de sciatiques soignées et guéries rapidement ; et d'autre part une parodontolyse totale qui l'a rendu édenté et soumis au port des prothèses. Aucune autre maladie.

C'est la première fois que le malade présente de telles douleurs. Elles se situent dans la région génienne gauche et irradient vers l'orbite et la région temporale gauche. Elles sont vives surtout lors de la mastication, un peu moins lors de la phonation. Ces douleurs à type de torsion, durent une à deux minutes ; elles ne surviennent jamais au repos.

L'inspection ne montre aucune anomalie morphologique. Il existe une édentation complète du bas et partielle du haut.

La palpation au niveau de la région mentonnière gauche déclenche la crise. On obtient parfois la crise douloureuse lors de la pression de l'hémi-arcade supérieure gauche.

Les articulations temporo-maxillaires des deux côtés semblent cliniquement normales. Il n'existe pas de craquements, pas de douleurs à la mobilisation. L'ouverture maximum de la bouche est mesurée approximativement à 50 mm.

L'examen neurologique est normal, en particulier pas d'anesthésie labio-mentonnière.

Il n'y a pas de troubles salivaires, ni vaso-moteurs.

La tension artérielle est mesurée à 19-10 ; le pouls à 80 est régulier.

Ces radiographies en Parma droit et gauche, ainsi qu'un maxillaire défilé gauche ne montrent aucunes lésions osseuses.

EN CONCLUSION, on retient de cette observation :

- le caractère provoqué de ces douleurs, à la mastication et à la phonation, mais leur unilatéralités strictes sans trismus,
- leur durée relativement longues, de deux minutes,
- la non-découverte d'une trigger-zone vraie ; mais la possibilité du déclenchement de la douleur par compression de la partie antérieure de la branche horizontale de la mandibule dont la corticale semble très légèrement soufflée,
- la douleur à la pression digitale du bord postéro-inférieur du malaire gauche.
- le malade déglutit librement.

Le 20 Décembre, il lui est prescrit un comprimé de nevrovitamine K pendant huit jours.

Le 3 Janvier, amélioration sensible avec un comprimé ; la dose est augmentée à 4 comprimés par jour.

Le 10 Janvier, l'amélioration est importante ; on continue la prescription.

Le 31 Janvier, nous reprenons l'observation du malade ainsi que son examen. Nous mettons alors en évidence un point exquis à l'origine de la douleur, et semblant correspondre à une encoche retrouvée au niveau de la partie externe du pied du malade gauche. La radiographie par contre est muette.

Nous pratiquons alors l'injection de phosphate de bêtaméthasone à ce niveau, au fond du vestibule.

Ce n'est que le 27 Juin que nous revoyons Monsieur Mon. Erasmo après convocation.

Ses douleurs, nous dit-il, ont disparues dans les 10 à 15 jours qui ont suivi l'UNIQUE injection ; et depuis il ne se plaint plus.

4 - And. 35 ans -

Monsieur And. consulte le 24 Mai 1967 pour une gêne constante et des douleurs sourdes au niveau du malade gauche.

Ses divers ennuis ont apparu en 1961 à la suite d'un accident de la voie publique. Alors, le patient n'a pas jugé bon de voir un praticien devant ces douleurs intermittentes minimales, qu'il supporte bien et dont il attend la cédation spontanée prochaine.

Mais la persistance des douleurs, ainsi que leur constance récente le décide à venir consulter.

L'examen clinique ne révèle aucune déformation ; il n'y a pas de tuméfaction.

La palpation ne retrouve pas à proprement parlé de point douloureux exquis, ni de zone franchement sensible.

La peau et la muqueuse environnantes sont normales.

Des examens radiographiques (retro-alvéolaire, incidence malaire au contact et de Waters) mettent en évidence une fracture sans déplacement du malaire gauche, ancienne, consolidée.

Nous pratiquons une infiltration de phosphate de bêtaméthasone vestibulaire profonde, au niveau du pied du malaire gauche.

La semaine suivante, l'amélioration est nette. Le malade voit ses douleurs disparaître.

Nous renouvelons l'infiltration.

Le 7 Juin, les douleurs ont complètement disparues. Aucun incident n'a suivi les infiltrations.

Il n'est fait plus aucun autre acte thérapeutique.

5 - L. Huguette 31 ans -

Madame L. consulte le 14 Février 1967 pour des douleurs au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche. Ces algies ont débuté il y a 15 jours, et ont été précédé durant un mois par des craquements de l'articulation.

L'interrogatoire et l'examen ne retrouvent aucun élément qui puisse nous permettre de faire un diagnostic. La patiente présente une édentation molaire bilatérale incomplètement appareillée.

La radiographie, (incidence de Parma droit et gauche), s'est révélée aussi peu éloquente.

Nous lui conseillons la mise en repos de son articulation, ainsi que la mise en état prothétique de sa bouche.

Le 7 Mars, la patiente revient à la consultation, elle ne présente aucune amélioration de ses douleurs.

Un examen plus profond trouve qu'en réalité les douleurs ne semblent pas siéger au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, mais exquisement au niveau de la pointe du coroné gauche, bien perçu par la palpation endobuccale.

La radiographie du coroné par un film dentaire ne montre aucune lésion osseuse.

Nous pratiquons une injection de 1 cc de phosphate de bêtaméthasone au niveau du coroné par voie endobuccale, l'injection est faite dans le vestibule, la bouche ouverte.

Le 23 Mars, la malade se présente à la consultation très améliorée. Elle ne demande plus aucun acte thérapeutique.

6 - Cam. Germaine 62 ans -

Nous voyons pour la première fois Madame Cam. Germaine, le 7 Juin 1966 pour alvéolite séquestrante à la suite de l'extraction en ville de g6. Un traitement simple local par pâte eugénol-scuroforme lui est appliqué complété par une ordonnance d'antalgiques.

La malade revient les six jours suivants pour continuer les mêmes pansements alvéolaires.

Le 19 Juillet, tout est rentré dans l'ordre.

Nous avons donc fait la connaissance d'une femme âgée, mais non sénile, avec un facteur cortical important.

Le 27 Octobre 1966, elle vient consulter dans le service pour algies linguales marginales gauches. Ces douleurs sont continues, à type de brûlures, sans causes déclanchantes.

La radiographie de l'os maxillaire inférieur en regard de la dent extraite ne montre aucune anomalie.

Il est pratiqué une série d'infiltration de xylocaïne au point douloureux.

Le 5 Novembre, la série d'infiltration terminées, la malade dit ne pas avoir été soulagée.

L'interrogatoire est repris plus rigoureusement. Il montre deux faits :

- d'abord ces algies linguales du type glossodynie,

- en plus des douleurs scapulaires gauches provoquées par les efforts, le temps froid et humide. Ce sont des douleurs sourdes, lancinantes, irradiants au cou, et au bras gauche. Elles sont réveillées à l'examen par l'abduction du bras gauche.
- par ailleurs, dans les antécédants, nous notons :
 - . avant tout une cancérophobie prédominante,
 - . un terrain arthritique,
 - . un ictère catarrhale à 20 ans suivie de dyspepsies,
 - . un passé infectieux ORL (sinusite),
 - . une fracture du maxillaire supérieur avec perte des 2 incisives centrales supérieures,
 - . appendicectomie,
 - . et hystérectomie totale en 1952.

L'examen exo et endo-buccal ne montre aucunes anomalies si ce n'est des amygdales linguales un peu rouges et saillantes ; quant à la denture à gauche, en bas édentée molaire, en haut présence unique de G7.

Il est alors pratiqué, d'une part des attouchements de nitrate au 1/10 sur les amygdales linguales, d'autre part une tronculaire du nerf lingual et une infiltration de phosphate de bêtaméthasone, au niveau de la table interne de la mandibule dans la région de g8.

Une semaine après, légère amélioration ; nouvelle tronculaire.

La semaine suivante, la malade se dit bien améliorée. On lui fait une troisième tronculaire.

Le 28 Janvier, après trois tronculaires du lingual gauche à une semaine d'intervalle, il a été obtenu une cessation complète des douleurs.

Mais depuis quelques jours, à la suite d'un surmenage dit-elle, les douleurs linguales ontréapparues.

Une deuxième série d'infiltrations du lingual gauche est mise en route. Les injections sont répétées quatre fois toujours à une semaine d'intervalle.

On convoque la malade en Juin pour s'enquérir du résultat. La malade n'avait pas consulté car les signes fonctionnels étaient en nette

régression pendant au moins un mois. Mais quelques algies avaient cependant réapparu.

Nous avons quand même fait trois injections de phosphate de bêtaméthasone suivant le même protocole.

Les douleurs ont cédés au bout de 5 à 6 jours suivant la première injection.

7 - Jor. André 34 ans -

Le 17 Septembre 1966, Monsieur Jor. consulte, inquiet depuis l'apparition d'une petite tuméfaction du bord droit de la langue qui lui donne gênes et douleurs et qu'il s'empresse de nous montrer.

Ce sont des papilles foliées linguales droites irritées par la protusion incessante de la langue.

On se contente de faire des applications de nitrate au 1/10 en insistant pour qu'il n'observe plus sa langue.

On revoit le malade 28 Novembre et le 13 Mars 1967 pour une épisode douloureuse au niveau de G3, sans cause reconnue.

Le 31 Mai, c'est de nouveau pour des douleurs linguales que le malade consulte.

Il nous dit que ses douleurs ont persisté depuis un an. Localisées à la partie postérieure du bord droit de la langue, elles sont continues à type de brûlure avec paroxysme. Il existerait en même temps des troubles de la déglutition.

Dans ses antécédabts, on ne trouve qu'une arthrose cervicale et des angines à répétition.

L'examen montre des papilles foliées très importantes sur les bords postérieurs de la langue, des cuspides molaires inférieures traumatisantes, mais pas d'adénopathie.

On pratique un meulage des cuspides et une injection au point douloureux de 2 cc de phosphate de bêtaméthasone.

Le 21 Juin 1967, le malade revient sur notre demande.

Il y a eu une nette amélioration de la glossodynies suivant de 48 heures la première injection. Mais actuellement, s'il n'y a plus de signes

postérieurs, il existe encore une petite gêne du bord de la langue.

On pratique une seconde injection.

Le 8 Juillet, Monsieur Jor. revient dans le service avec une lettre de la consultation d'ORL datée de ce jour :

"Je viens de voir Monsieur Jor. qui se plaint d'une douleur de gorge et d'une otalgie.

Il est suivi en consultation ORL depuis 1964 pour dans angines alléguées mais sans substratum organique bien défini...

Actuellement il craint les oreillons, crainte à priori peu fondée bien que son fils ait les oreillons depuis 4 jours.

Au total aucune lésion ORL. Indication de psycho-sédatifs."

Le patient se dit avoir été soulagé pendant deux jours, et depuis il est gêné par une sensation de bfulure permanente et particulièrement lors de la phonation mais non lors de la mastication ou la déglutition.

On recommence les injections locales de phosphate de bêtaméthasone, associées aux sédatifs nervins.

Le 19 Juillet, le patient se plaint de sa gorge, mais n'accuse plus de douleurs au niveau de sa langue.

Le traitement sédatif est continué. Aucun acte thérapeutique n'est pratiqué.

8 - Det. Thérèse 48 ans -

Madame Det. est adressée le 1er Avril 1967 à la consultation par un service de dermatologie pour pratiquer une biopsie sur une ulcération de la langue.

"Madame Det. présente depuis trois semaines une lésion indurée avec une ulcération curieuse au centre sur le bord droit de la langue. Cette lésion est excessivement douloureuse, empêchant alimentation et sommeil.

Je me demande ce que cela peu être : simple aphte, mais il serait bien bizarre ou pemphigus ou épithélioma. De toute façon, je crois qu'une biopsie s'impose, ainsi qu'une vérification de l'état dentaire".

Les douleurs de la langue sont apparues progressivement il y a trois semaines, sans aucun signes d'accompagnements, peu importantes mais continues, sans irradiations.

L'état général de la patiente est relativement satisfaisant mais une anxiété intense la tenaille.

Ses antécédants pathologiques sont fort compliqués : hystérectomie totale il y a quelques années ; hospitalisée en 1962 dans le service du Professeur Soulié par tachycardie paroxystique accompagnée de douleurs angineuses. La découverte d'une hépatomégalie a permis semble-t-il de faire le diagnostic d'hémochromatose. Actuellement la malade est traitée par pindione, trinitrine et niamide.

L'examen montre une petite ulcération de la taille d'une lentille située au niveau du 1/3 postérieur du bord droit de la langue. Le fond est torpide, les bords abrupts ; il n'y a pas d'inflammation périphérique, la muqueuse alentour est normale. La palpation est douloureuse, mais ne retrouve pas d'induration sous jacente et périphérique. Les dents adjacentes paraissent traumatissantes. Il existe une gingivite du type tartrique. Enfin on note une petite diaphneusie jugale droite, recouverte d'un voile hyalin. Il existe une petite adénopathie sous angulomaxillaire droite sensible sinon douloureuse.

Il est pratiqué dans un premier temps un moulage des dents adjacentes, associé à un traitement anxiolytique.

2 jours plus tard, l'aspect de la lésion reste identique et il persiste les mêmes douleurs.

Cette lésion faisant plus penser à une ulcération traumatique ou trophique, on patiente avant la biopsie en faisant une infiltration locale de phosphate de bêtaméthasone, qui est répétée sans succès 2 jours après.

Le 10 Avril, soit 10 jours après avoir vu la patiente, on pratique une biopsie exérèse suivie d'électrocoagulation.

Le résultat de l'examen anatomo-pathologique est le suivant : "Petite ulcération très légèrement creusante du bord latéral droit de la langue.

Le fond de cette ulcération est occupé par une réaction granulomateuse d'allure actuellement torpide, avec sclérose profonde. Le plan musculaire n'est pas intéressé.

L'ensemble ne renferme aucune lésion inflammatoire spécifique ou néoplasique.

Ch. Gouygou".

La malade est rassurée, le traitement anxiolytique est cependant poursuivi. Elle conserve encore quelques algies linguales.

Le 27 Juillet 1967, la malade est convoquée à la consultation. Elle signale la persistance d'algies linguales au niveau de la partie moyenne du brod droit. L'examen clinique montre une érosion qui semble correspondre au bord acéré de d7.

Un moulage de d7 est réalisé sans autres thérapeutiques locales.

9 - P. Héloïse 64 ans -

Le 8 Juillet 1964, Madame P. Héloïse se présente à la consultation munie d'une lettre de son médecin traitant :

"Je vous adresse pour biopsie Madame P. qui présente une irritation du bord de la langue semblant un peu indurée. De plus, il y a un ganglion sous maxillaire droit sensible."

Elle est inquiète. Elle nous montre un nodule d'apparition récente, du volume d'une noisette, à la base de la langue, juste à l'extrémité postérieure du V lingual. Il existe une irritation de surface, et une induration sousjacent. De plus, un petit ganglion, unique, dur, caractéristique est perçu dans la loge sous maxillaire.

Nous lui donnons un rendez-vous pour la biopsie.

Le 17 Juillet, tout est rentré dans l'ordre. Le nodule a disparu, mais le ganglion persiste. Un examen rigoureux ne montre aucune lésion biopsiable.

Le 22 Septembre, tout reste normal.

Le 1er Octobre, la malade revient avec des douleurs maxillaires et cervicales droites. L'agitation et la cancérophobie exacerbée de la malade sont importantes. L'examen clinique ne relève strictement aucune anomalie.

Le 18 Octobre, l'examen met en évidence une induration douloureuse au niveau des papilles foliées droites. Devant l'inquiétude de la malade une biopsie est effectuée le 28 Octobre. L'examen anatomo-pathologique fait par le Dr J. Payen précise :

"Cette pièce opératoire intéresse essentiellement une formation nodulaire recouverte par une muqueuse qui présente une hyperplasie modérée. Dans le chorion existe un volumineux canal excréteur qui présente une dilatation importante avec métaplasie malpighienne de sa paroi. Au voisinage, il existe des lobules salivaires qui sont en partie différenciés. Autour du canal excréteur, on note un important amas lymphocytaire avec différenciation de centres germinatifs.

Il s'agit ici d'une lésion inflammatoire d'origine canaliculaire correspondant à ce qu'on observe au cours des inflammations chroniques à types de lithiasis peut-être existe-t-il ici une microlithiasis ?"

Le 9 Novembre, la cicatrisation est en bonne voie quoiqu'il persiste une légère induration. On renvoie la malade à un mois.

Le 14 Décembre 1964, la malade nous signale de nouvelles algies. Elle se plaint de brûlure au niveau du palais à gauche. L'examen clinique est toujours négatif.

Il existe encore une zone indurée à l'endroit biopsié.

Le 2 Février, la malade se plaint de douleurs de l'hémiface droite avec craquements des articulations temporo-maxillaires. La malade étant édentée complète du haut et non appareillée, on lui conseille le port d'une prothèse.

Le 14 Avril, toujours la même anxiété, et des douleurs articulaires à droite. Mais la malade n'a pas porté de prothèse.

Le 17 Juillet, nouvelle lettre du médecin traitant :

"Je vous adresse à nouveau Madame P. chez qui vous avez fait une biopsie du bord droit de la langue en Juillet 1964.

Elle se plaint à nouveau de douleurs au niveau de la cicatrice

avec irradiations auriculaires droites.

A l'examen pas de nouveaux signes, une simple induration cicatricielle, plus une même adénopathie sous maxillaire".

L'examen rigoureusement conduit n'apporte encore une fois aucun élément nouveau.

Il est pratiqué une infiltration locale de Tédarol.

Les infiltrations sont répétées 3 fois encore toutes les semaines, suivies de manière concomitante d'une amélioration progressive et nette.

Le 28 Février 1966, la malade revient toujours vaguement inquiète.

L'examen est repris systématiquement. On découvre une amygdalite cryptique droite qui nécessiterait une consultation ORL.

Le 29 Novembre 1966, après donc 9 mois de silence la patiente réapparaît à la consultation avec ses douleurs toujours persistantes.

Nous les localisons cette fois au replis glosso-épiglotique et remarquons une asymétrie de la pente pharyngée de la langue sans induration au toucher.

L'ORL consulté signale qu'il ne voit rien d'anormal sur la base de la langue ni dans la sphère ORL en général. "Je pense qu'il s'agit de paresthésies purement fonctionnelles", nous écrit-il.

C'est alors qu'on envisage d'instituer le traitement par infiltrations de phosphate de bêtaméthasone in situ.

3 infiltrations à une semaine nous précise qu'elle n'a plus eu mal depuis la dernière injection, mais qu'est apparu récemment une légère sensibilité.

Aucun geste thérapeutique n'a été pratiqué.

Le 13 Janvier, soit donc un mois après la 3ème infiltration, la gêne apparue il y a une semaine se confirmait plus tenace.

Une 4ème infiltration a été faite.

Un mois après la douleur avait effectivement disparue, mais la malade a remarqué une maladresse de sa langue qui lui paraissait ankylosée.

Une 5ème infiltration locale.

Ce n'est que le 25 Mai 1967, trois mois après la dernière infiltration que la malade vient nous rendre visite pour nous "montrer" sa langue. La guérison est totale. Une nouvelle injection est inutile. L'examen retrouve toujours une cicatrice indurée de biopsie.

10 - Paq. M. Madeleine 65 ans -

Madame Paq. se présente à la consultation le 6 Juin 1967 pour une induration douloureuse de la lèvre supérieure. Celle-ci serait consécutive à une chute faite il y a deux mois. C'est devant la persistance de la douleur et l'apparition d'une tuméfaction indurée que la patiente s'est décidée à consulter.

L'examen met en évidence un nodule scléreux profond de petite taille à la partie moyenne de la lèvre supérieure, un oedème périphérique. La muqueuse en regard normale présente en un point une érosion traumatique superficielle non suppurée et peu douloureuse.

Les dents de sa prothèse ne sont pas fracturées.

La radiographie des parties molles de la lèvre supérieure à la recherche de corps étrangers inclus ne révèle aucune anomalie.

Il est proposé un massage à l'aide d'une pommade à la chymotrypsine.

Le 15 Juin, la tuméfaction persiste toujours malgré les massages quotidiens appliqués de la patiente.

La palpation retrouve sur la partie muqueuse de la lèvre une tuméfaction indurée du volume d'une lentille.

Nous pratiquons alors avec une asepsie rigoureuse l'infiltration du nodule par le phosphate de bêtaméthasone, et demandons à la malade de revenir dans 8 jours en cas de douleurs.

Ce n'est que le mois suivant que nous voyons la patiente sur notre demande.

Les douleurs avaient cédé totalement. Et seul la palpation appliquée retrouve une légère induration très réduite.

Il n'a été entrepris aucune autre thérapeutique.

11 - Ros. Sidonie 37 ans -

Madame Ros. consulte le 23 Novembre 1966 pour des séquelles d'un traumatisme sur la joue gauche.

Il y a deux semaines, lors d'une chute à son domicile, sa joue heurte le coin d'une table. Elle ne présentait, dit-elle, que quelques douleurs qui cédaient aux antalgiques et une tuméfaction molle, peu inquiétante. C'est pourquoi elle ne jugea pas nécessaire de voir un praticien. Depuis, lors cette tuméfaction semble s'être indurée progressivement sans vouloir diminuer de volume. La patiente tient à être assurée de la bénignité de ces signes.

A l'examen, il n'existe pas de couleurs spontanées ou à la pression, pas de lésions osseuses cliniquement décelables, mais :

- une tuméfaction jugale inférieure, au niveau du trajet de la veine faciale, dure, ligneuse, de la taille d'une noix, mobile sur les plans profonds et superficiels,

- un léger trismus à 22 mm mesuré au niveau des incisives centrales gauches,

La radiographie (maxillaire défilé gauche), ne montre aucune lésions osseuses.

On pratique une infiltration sous cutanée de 1 cc de phosphate de bêtaméthasone au niveau de la tuméfaction, avec bien entendue toutes les précautions d'aseptie nécessaires.

Dès la première semaine, on peut constater que la tuméfaction est en voie de régression, avec une ouverture buccale améliorée (24 mm au niveau des mêmes repères).

On pratique une seconde infiltration.

La deuxième semaine, la retrocession de la tuméfaction est considérable ; l'ouverture buccale est alors à 28 mm.

On pratique une troisième infiltration.

Et, le 9 Décembre, soit au bout de trois semaines, et après trois infiltrations de phosphate de bêtaméthasone, on note une ouverture buccale à 32 mm ; la tuméfaction a disparu. Il ne persiste qu'une induration de la taille d'une grosse tête d'épingle.

Une nouvelle infiltration est jugée inutile.

Notons que la rapide résorption de cet hématome traumatique s'est faite grâce aux infiltrations sans aucun incident.

12 - G. Michèle 23 ans -

Mademoiselle G. est adressée dans le service par son médecin : "Accidentée du travail, le 5 Avril 1967, elle a présenté une contusion de la région malaire gauche. Une radio pratiquée le 7 Avril 1967 n'a pas montré de lésions osseuses.

Actuellement, Mademoiselle G. présente une tuméfaction de la région malaire paraissant être une périostite réactionnelle. Je pense qu'il y aurait lieu de lui faire pratiquer dans le milieu hospitalier une ou deux séances de radiothérapie superficielle".

A l'examen, on note les ecchymoses et hématomes consécutifs à la chute, ainsi qu'un oedème génien et une bride cutané-malaire.

La radiographie (malaire au contact) ne montre effectivement aucunes lésions osseuses.

Il est pratiqué une injection sous cutanée de phosphate de bâtaméthasone.

Le 10 Mai, amélioration évidente.

On pratique une seconde injection.

Le 23 Mai, la cicatrice est nettement assouplie.

Nouvelle injection.

Le 20 Juin sur notre demande, Mademoiselle G. nous fait savoir que sa tuméfaction génienne a disparu et qu'elle n'exigeait plus aucun acte thérapeutique.

13 - G. Madeleine 63 ans -

Madame G. a été adressée par son chirurgien-dentiste traitant, le 6 Avril 1967.

Il s'agissait de douleurs sourdes, de gênes continues durant depuis deux mois, localisées au niveau de D4. La malade se plaignait de plus de sécheresse de la bouche qui augmentait son inquiétude.

La fibromuqueuse vestibulaire en regard de D4 était érythémateuse et légèrement oedématisée. Cet aspect ne se retrouvait uniquement qu'à cet endroit.

D4 était recouverte d'une couronne en or. Comme le chirurgien-dentiste avait pensé à une éventuelle allergie à la prothèse, elle avait été déposée sans que cet acte provoque la moindre amélioration.

Sont à noter :

- l'existence d'un facteur cancérophobique incontestable,
- la malade est suivie par un rhumatologue pour une périarthérite scapulo-humérale bilatérale.

Un résumé de l'observation de ce spécialiste nous est communiqué :
Madame G. consulte le 3 Mars 1967 pour :

- 1 - des douleurs scapulaires bilatérales, prédominantes à droite et des cervicalgies.

- . ayant débutées il y a un mois progressivement,
- . s'accroissant lentement d'intensité,
- . présentant un rythme inflammatoire majeur.

- 2 - A L'EXAMEN, c'est une femme de 1,64 m pesant 68 kgs, d'état général bon et n'ayant pas de fièvre.

- . Il existe une raideur douloureuse de sa colonne cervicale dans les inclinations latérales ; et
- . des douleurs bilatérales aux épaules, augmentées à l'adduction et à la rotation externe contrariées. La mobilité de ses épaules est diminuée du fait de la douleur. On note une élévation antérieure à 130° et une abduction à 90°.
- . Par ailleurs, l'examen des artères temporales ne montre rien d'anormal.

Le 11 Mars 1967, l'état clinique est identique :

VS 5/10

Glycémie 0,98 g/l

NFS GR 4200000

GB 4800

neutro 56 %

lympho 32 %

Les radiographies de la colonne cervicale montre une uncocervicarthrose C5C6, C6C7, C7D1, et une ostéoporose. La radiographie des épaules

montre une périostose trochitérienne plus importante à gauche.

Il a été pratiqué ce jour une infiltration de 1 cc de Dectancyl par voie antérieure dans les deux épaules.

Le 18 Mars 1967, une semaine après, la malade se dit mieux. Elle ne souffre plus la nuit, et n'a vraiment mal qu'aux mouvements forcés.

L'examen met en évidence que la mobilité spontannée est normale, mais qu'il existe des douleurs à l'abduction et surtout à la rotation externe contrariées, et ceci des 2 côtés.

Il est pratiqué une seconde infiltration bilatérale de 1 cc de Dectancyl.

Ce compte-rendu permet d'objectiver la simultanéité des épisodes stomatologiques et rhumatismaux.

Entre le 10 et le 30 Avril 1967, il est pratiqué 6 injections de 1 cc de phosphate de bêtaméthasone, à raison de deux par semaine. Les infiltrations sont sous jacentes à la fibromuqueuse gingivale atteinte.

Le résultat de cette série d'infiltrations de phosphate de bêtaméthasone a été stupéfiant. Dès la première infiltration l'amélioration a été nette.

Le 3 Juin 1967, soit deux mois après la première injection, les douleurs ont disparues et la malade ne se plaint plus de ses sensations de sécheresse du palais.

L'examen montre qu'au niveau de D4, il ne persiste que quelques granulations blanchâtres. On découvre curieusement des éléments lichéniens sur la joue droite en regard de d8.

En plus la malade signale une amélioration de la périarthrite scapulo-humérale droite. L'abduction du bras droit qui était limitée à 90° est devenue normale.

Aucun autre traitement n'est institué, La couronne de D4 est reposée sans incidents.

ETUDE GENERALE DE L'UTILISATION DU PHOSPHATE
DE BETHAMETASONE EN INJECTION LOCALE

Le produit est présenté en ampoule de un centimètre-cube, sous la forme d'une solution directement prête à l'emploi et qui convient à toutes les injections.

L'ampoule répond à la formule suivante :

	par unité de prise
Phosphate disodique de bétaméthasone, correspondant à bétaméthasone.	0,004 g.
Phénol	0,005 g.
Ethylène diamine tétracétate de sodium	0,0001 g.
Chlorure de sodium	0,0056 g.
Métabisulfite de sodium.	0,001 g.
Lessive de soude q.s.p.	pH 8,0-8,5
Eau distillée.	1 ml

Les injections doivent être réalisées avec l'aseptie rigoureuse d'usage.

Pour la voie intra-articulaire, on respectera les règles classiques, dont le repérage précis de l'article.

Les infiltrations loco dolenti seront faite au sein de la zone de douleur maximale, désignée avec précision par le malade, et repérée soigneusement à la palpation.

Quant aux infiltrations intra-dermiques de la muqueuse buccale, il faut savoir y associer un antibiotique, si un élément infectieux est surajouté.

Le rythme des injections est en général de une par semaine. Il variera en fonction de l'évolution de l'affection. Dans les cas aiguës, les injections peuvent être répétées tous les deux jours ; elles peuvent être espacées et renouvelées en fonction des résultats obtenus.

L'efficacité du produit a été jugé suivant :

- des critères subjectifs : disparition ou atténuation des douleurs et en particulier la rapidité d'action du produit et la durée de l'amélioration qu'il entraîne.
- des critères objectifs : régression des signes locaux, (inflammation, nodule scléreux, tuméfaction).

La tolérance du produit a été précisée, et dans la mesure du possible, son action générale (amélioration à distance, tolérance générale).

RESULTATS

Les quelques observations que nous avons retracées précédemment se répartissent dans tous les chapitres des diverses indications de la corticothérapie en injection locale.

Les résultats ne constituent pas une somme importante de travaux cliniques pour remettre et point et préciser ces indications. Ils ne font qu'entériner la valeur de cette thérapeutique en stomatologie.

Par ailleurs, la mise en oeuvre d'un récent corticoïde de synthèse, le phosphate de bêtaméthasone, a permis de profiter de ses avantages, et de ne plus faire cas de certaines méfiances vis-à-vis de la corticothérapie locale.

Les résultats globaux s'inscrivent dans le tableau suivant :

	RESULTATS			TOTAL
	excellents	transitoires	nuls	
arthrite et arthrose	2	-	-	2
temporo-mandibulaire				
algies cranio-faciales	3	-	-	3
glossodynies	2	1	1	4
blocs cicatriciels	3	-	-	3
maladies des muqueuses	1	-	-	1

				13

Nous allons envisager successivement les résultats dans chacun de ses groupes.

Noter que nous avons séparé les glossodynies des algies cranio-faciales ; elles représentent une indication originale que nous traiterons plus particulièrement.

OBSERVATIONS	AGE	DIAGNOSTIC	NOMBRE D'INFILTRATIONS	RESULTAT
<u>ARTHRITE ET ARTHROSE TEMPORO-MANDIBULAIRE -</u>				
1. Fra. Denis	20 ans	arthrose bilatérale	3	+++
2. Pit. Françoise	24 ans	arthrite bilatérale	1	+++
<u>ALGIES FACIALES DIVERSES -</u>				
3. Mon. Erasmo	68 ans	algies trijémiales	1	+++
4. And.	35 ans	algies géniennes, séquelles de traumatisme	2	+++
5. L. Huguette	31 ans	algies à point de départ coronoidien	1	+++
6. Cam. Germaine	62 ans	glossodynie	4/4/3	+
7. Jor. André	34 ans	glossodynie	3	+++
8. Det. Thérèse	48 ans	ulcération linguale et glossodynie	2	0
9. P. Héloïse	64 ans	glossodynie	5	+++
<u>CICATRICES DETRACTILES ET HYPERTROPHIQUES -</u>				
10. Paq. M. Madeline	65 ans	nodule fibreux de la lèvre post-traumatique	1	+++
11. Ros. Sidonie	37 ans	hématome de la joue, post-traumatique	3	+++
12. G. Michèle	23 ans	bride cutanéomalaire, post-traumatique	3	+++
<u>MALADIE DES MUQUEUSES ET DU PARODONTE -</u>				
13. G. Madeleine	63 ans	érythème gingival	6	+++

DANS LES ARTHRITES ET ARTHROSES de l'articulation temporo-mandibulaire, nos deux observations confirment les résultats de tous les auteurs. A savoir, quelques injections intra-articulaires parfois une seule, suffisent pour atténuer sinon supprimer totalement les douleurs.

Une seule injection de phosphate de bêtaméthasone dans l'articulation a permis la cédation rapide et complète des douleurs dans nos deux observations.

Qui plus est, 3 injections chez Monsieur Fra. Denis ont éliminé la sensation subjective de craquements articulaires et même leur constation objective. Il faut signaler dans ce cas le jeune âge du patient (20 ans), et le passé récent de ses troubles articulaires.

Deux excellents résultats.

Les injections n'ont été cause d'aucun incident. Notons tout de même, qu'une injection intra-articulaire chez Monsieur Fra. Denis a été suivie pendant seulement quelques secondes de réactivations douloureuses sans aucune suite.

DANS LES ALGIES CRANIO-FACIALES, le problème physio-pathologique est, nous l'avons vu, discuté et contreversé. Cependant il révèle des notions segmentaires mais importantes pour notre pratique. C'est une lésion irritative du neurone sensitif dont on ne connaît malheureusement pas le niveau ; c'est la sensibilité particulière d'une zone de recouvrement, cutanée ou muqueuse, à l'origine d'une algie irradiée régionale ; zones sur lesquelles les corticoïdes ont un pouvoir de modification et d'amélioration.

Dans nos trois observations, l'injection de phosphate de bêtaméthasone au niveau de cette zone irritative a eu des résultats "extraordinaires".

C'est le cas de Monsieur Mon. Erasmo où le diagnostic d'algie trijéminal ou du glossopharyngien était aussi peu probable. Mais la découverte d'un point douloureux précis a permis son infiltration. Et l'unique injec-

tion a stoppé une douleur difficilement contrôlable.

De même dans l'observation de Madame L. Huguet, c'est l'unique infiltration de la zone douloureuse, en l'occurrence le coroné, qui a fait céder une douleur irradiée auriculo-articulaire.

Chez Monsieur And., le diagnostic était moins difficile. Il ne s'agissait que de séquelles douloureuses au niveau d'une ancienne région traumatisée et fracturée. Là, deux infiltrations de phosphate de bêtaméthasone ont suffi pour faire céder complètement les douleurs.

Les injections ont été parfaitement tolérées. En particulier aucune douleur à l'injection, aucune réactivation des algies des malades.

Nous avons arbitrairement séparé les glossodynies dont nous étudierons les résultats de la thérapeutique par injection de phosphate de bêtaméthasone dans un dernier chapitre.

Quatre de nos patients présentant une GLOSSODYNIE ont profité du traitement par phosphate de bêtaméthasone. Nous avons pu obtenir :

- 2 résultats excellents,
- 1 résultat transitoire,
- 1 résultat nul.

L'observation de Madame P. Héloïse est significative. Nous avons à faire à une glossodynie qui présente ses caractères chroniques décourageants, chez une femme âgée cancérophobe. Le point de départ local est ici l'inflammation de glandes salivaires linguales accessoires. La biopsie exérèse en a fait le diagnostic, mais n'a pas entraîné de modifications des signes fonctionnels. Les infiltrations locales d'une suspension de corticoïdes a été à l'origine d'une amélioration transitoire des douleurs. Mais c'est l'emploi du phosphate de bêtaméthasone qui a permis la guérison, la disparition totale des douleurs traînantes.

Le traitement s'est avéré aussi efficace pour Monsieur Jor. André. Il a été transitoire pour Madame Cam. Germaine : une série d'infiltrations permet de faire céder les douleurs, mais doit être renouvelée avec leur réapparition.

Par contre dans le cas de Madame Det. Thérèse, le traitement par phosphate de bêtaméthasone n'a eu aucun effet. Le relatif jeune âge de la malade (48 ans), ses antécédants pathologiques lourds, surtout son anxiété particulièrement intense nous conduisent plutôt à lui conseiller la psychothérapie.

L'effet majeur des corticoïdes est l'inhibition de la prolifération des éléments conjonctifs et du processus inflammatoire. Il sera donc particulièrement indiqué dans les réactions conjonctives post-traumatiques.

C'est ce que nous avons pu observer chez trois de nos malades en utilisant le phosphate de bêtaméthasone. Un nombre très réduit d'infiltrations suffit, 1 à 3 dans nos observations.

Dans le cas de Madame Ros. Sidonie, les infiltrations permettent la résorption rapide d'un hématome génien en empêchant son organisation.

Bride cicatriciel et nodule scléreux sont rapidement assouplis et réduits à la suite de ces infiltrations.

Ici, comme dans les autres indications, le processus inflammatoire douloureux est stoppé le premier dès la première injection de phosphate de bêtaméthasone. La résolution du processus scléreux cicatriciel se fait secondairement et parfois complètement comme dans nos observations où il est peu important.

Le contexte clinique présenté par Madame G. Madeleine s'apparente assez bien à celui des glossodynies. Nous avons affaire à une femme de 63 ans, cancérophobe, inquiète. Le point de départ local de ses douleurs se situe au niveau d'une zone anormale, dans son cas c'est un endroit de la fibromuqueuse gingivale enflammée. Les douleurs s'accompagnent de sensation de sécheresse de la bouche.

L'infiltration de phosphate de bêtaméthasone sous jacente à la fibromuqueuse gingivale atteinte fait céder les phénomènes inflammatoires locaux, provoque une diminution sinon la suppression de la sensibilité particulière de l'épithélium acquise à la suite de cette inflammation, et par suite la douleur et les phénomènes vaso-moteurs régionaux associés.

Nous allons voir que ce processus thérapeutique est calqué sur celui de l'infiltration de phosphate de bêtaméthasone dans les glosso-dynies.

Dans l'observation de Madame G. Madeleine, la tolérance locale fut parfaite, et l'on a eu la surprise de constater l'amélioration considérable du syndrome arthropathique. La faible quantité des doses injectées, le rythme réduit des injections permettent-ils d'affirmer une diffusion et une action générale du corticoïde ?

CONCLUSION

Au cours de la prescription des corticoïdes, l'utilisation de la voie locale permet l'action maximum des propriétés anti-inflammatoire et anti-allergiques de ces médicaments dans la zone d'injection et réduit au minimum leur action générale toujours associée d'effets secondaires indésirables.

En stomatologie, les indications de la corticothérapie en injections locales sont diverses et multiples :

- les arthrites inflammatoires chroniques temporo-mandibulaires au cours des polyarthrites chroniques évolutives et de la spondylarthrite ankylosante,
- et les arthroses temporo-mandibulaires dont les causes sont nombreuses,
- les algies cranio-faciales, qu'elles soient dites rhumatismales ou post-traumatiques et parfois les algies essentielles bénéficient souvent avec succès de ce traitement,
- les adénites tuberculeuses au stade de ramollissement,
- les cicatrices rétractiles et hypertrophiques des tissus mous, en particulier, les chéloïdes, les brides cicatricielles qui parfois sont à l'origine de constriction permanente ; les sclérodermies localisées et les plaques de lichénification circonscrites,
- les maladies de la muqueuse buccale, surtout certaines gingivo-stomatites localisées et le lichen érosif,
- et les maladies du parodonte dont il peut constituer un élément de ce traitement.

Nous avons utilisé à la consultation de stomatologie de Cochín un des plus récents corticoïdes de synthèse, le phosphate de bêtaméthasone. Ce produit se présente sous la forme d'une solution de tolérance locale parfaite et dont les propriétés anti-inflammatoires sont très supérieures à celles de la prednisone.

- Les quelques observations que nous avons faites ont permis :
- d'une part de confirmer la valeur de la corticothérapie en injection locale dans les indications citées,
 - d'autre part de constater les résultats de l'emploi du phosphate de bêta-méthasone.

Le phosphate de bêtaméthasone présente les avantages d'être un corticoïde :

- d'utilisation pratique,
- en solution concentrée,
- d'effet anti-inflammatoire rapide et puissant,
- d'excellente tolérance en injection locale.

La présentation sous forme de solution du phosphate de bêta-méthasone permet d'éliminer les incidents des suspensions de corticoïde qui :

- forment des dépôts de micro-cristaux non-résorbés,
- s'accompagnent d'un plus grand nombre de réactivations douloureuses transitoires,
- ont provoqué uniquement en injection sous-cutanée et sous-muqueuse, comme nous l'avons constaté à Cochon dans deux cas, une véritable crise nitritoïde ; aucun incident de ce genre n'ayant été observé avec les solutions.

En outre une indication particulière nous a paru être constituée par les glossodynies, en association ou à la suite du traitement classique.

Cette affection fait par son évolution traînante le désespoir du malade et ... du thérapeute ; et finit par retentir considérablement sur l'état psychique de ce premier.

Nos essais d'infiltration de la zone douloureuse de la langue par le phosphate de bêtaméthasone ont souvent apporté la guérison ou une amélioration notable. Ce qui donne contre cette affection si rebelle une nouvelle et puissante arme thérapeutique.

vu le Doyen
GEORGES BROUET

vu le Président de Thèse
PIERRE CERNEA

vu et permis d'imprimer
Recteur de l'Académie de Paris
JEAN ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

Généralités - Corticothérapie et stomatologie -

- BRUCE L., DOUGLAS, HAROLD KRESBERG
Cortisone in dentistry
Oral Surg. Oral Med. Oral Path. - 1956 - p. 978
- CERNEA P., DESCROZAILLES C. et LAUFER J.
La cortisone et la métacortisone en odonto-stomatologie.
Act. odonto-stomato. - 1956 - n° 33 p. 101
- Mme CHAPUT
Stomatologie
Flammarion - 1956
- DECHAUME M.
Précis de stomatologie
Masson - 1956
- DECHAUME M., GRELLET M.
Thérapeutique stomatologique
Bibliothèque de thérapeutique médicale - Doin - 1960
- KEIL E.
Utilisation de préparation à base d'hydrocortisone en
médecine dentaire conservatrice
Oesterreichische Zeitschrift für Stomatologie - 1961 - n° 9
in Revue de Stomato. - 1962 - n° 7-8 - p. 797
- MULLER J.M.
Les accidents de la corticothérapie
La Presse Médicale - 1963 - n° 47 pp. 2253-2255
- NOEPPPEL O.
Pharmacologie et pharmacothérapie dentaire
Monographie de la pratique stomatologique - Masson - 1960
- ROCHETTE M.
Les ordonnances du stomatologiste et du chirurgien-dentiste
Louis-Jean - 1957
- SPIES T.D., DREIZEN S., STONE R.E., GARCIA-LOPEZ G.,
LOPEZ-TOCA R., ROBEREDO A.
Valeur clinique de l'ACTH et de la cortisone comme agents
thérapeutiques en médecine dentaire.
Oral Surg. Oral Méd. Oral Path. - 1952 - pp. 25-40
- STREAN L.P., HORTON C.P.
Hydrocortisone in Dental Practice
D. Digest - 1953 - pp. 8-16

THOMSON W.O.

Clinal applications of ACTH and cortisone

Oral Surg. Oral Med. Oral Path. - 1951 - pp. 449-453

Articulation temporo-mandibulaire -

ACHARD, REY

La corticothérapie locale dans les arthrites chroniques temporo-maxillaires

Rev. Stomato. - Mai 1956 - pp. 293-304

BLANC

L'atteinte de l'articulation temporo-maxillaire au cours du rhumatisme inflammatoire chronique

Cahiers odonto-stomato. - 1959 - n° 3-4 pp.17-75

BROWN L.

Temporo-mandibular Arthralgias ans Facial Neuralgias.

Treatment with Hydrocortisone Acetate

South African MJ - 1953 - pp. 226-228

CADENAT, BLANC

L'atteinte de l'articulation temporo-maxillaire dans le rhumatisme inflammatoire chronique et plus particulièrement dans la PCE de l'adulte

Rev. Stomato. - Décembre 1958 - pp. 833-853

COSTEN

Le syndrome d'articulation mandibulaire

Laryngoscopie - Avril 1959 - pp. 93-103

DE SEZE S. RYCKEWAERT A.

Maladies des os et des articulations

Flammarion

FALLET H., FASEL J., NAZ E., LAGIER R.

Lésions articulaires après injections locales de corticostéroïdes

Archives Of Interamerican Rheumatology - Décembre 1961

in la Presse Médicale - 1963 - p. 355

FAULON L.

Indications et techniques de l'hydrocortisone locale

Sem. Hôp. - Avril 1955

FRIEZ P., SCHUHMANN C.

Pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire

Encyclo. med. chir. n° 22088 A10

GRAPPIN G. et BARNAUD J.

Les injections intra-articulaires de corticoïde dans le traitement des arthroses temporo-maxillaires

La presse médicale 1962 - p. 2302

HENNY

Intra-articula injection of hydrocortisone into the temporo-mandibular joint.

Journal of oral surgery 1959 - n° 4 pp. 314-319

HOFMANN, AXTHELM W.

Le traitement médicamenteux des arthropathies chroniques
de l'articulation temporo-maxillaire
Rev. Française d'odonto-stomato. - Avril 1959 pp. 510-513

HOLLANDER J.L., BROWN E.M. Jr, JESSAR R.A., BROWN C.Y.

Hydrocortisone and cortisone injected into arthritic joints :
comparative effects of and use of hydrocortisone as a local
antiarthritic agent
J.A.M.A. 147 p. 1629 - 1951

LATTES, BATAILLE, VIGNEUL

Un cas d'arthrite chronique évolutive temporo-maxillaire
traitée par injections locales d'hydrocortisone
Rev. Stomato. - Mai 1956 pp. 304-306

SERRE H., BARJON M.C., SIMON L., MIRON C.

Destruction articulaire par nécrose fémorale et tibiale d'un
genou arthrosique au cours de la corticothérapie intra-articulaire
La presse médicale 1962 - p. 1167

SERRE H., SIMON L., BARJON M.C., BENAMARA M.

Les nouveaux corticoïdes en injections intra-articulaires
La presse médicale 1961 - p. 1820

VERHAEGHE A., ROBERT D'ESHOUCHE J., LEBEURRE R.

La corticothérapie intra-articulaire et ses accidents
IV^e conférence internationale des maladies rhumatismales,
Aix-les-Bains - Juin 1964 pp. 441-482

WEISSMANN NETTER

Traitement de la polyarthrite évolutive par injections
locales multi-articulaires d'hydrocortisone
La presse médicale - Juin 1954

WING

Etat actuel du syndrome de Costen
Austr. Dent. J. - Avril 1959 pp. 93-103

ZAOLI

Les arthralgies temporo-maxillaires et leur traitement
Oto-rhino-laryngo. ital. - 1958 n° 1 pp. 60-72

Les algies cranio-faciales -

ACH M., ANDELOVA E., CHVOJKOVA V., FLUSSER H.

Glossodynie. Contribution à la question des sensations
des brûlures dans la cavité orale
Rev. Stomato. - 1954 - pp. 136-141

ALAJOUANINE T., THUREL R.

Algies cranio-faciales
Sem. Hôp. - 1949 n° 69 p. 2829

BARA et ROIG

Les algies de conversion en stomatologie
Actualités odonto-stomato.-- 1953 pp. 401-405

BARUCH et RACINE

Contribution à l'étude des cénestopathies
Rôle possible de certains facteurs vasculaires
Rev. Neuro. - 1935 - pp. 936-949

BATAILLE R., DESCROZAILLES C., MUGNIER A.

La douleur en stomatologie
II^o rapport du XIV^o congrès de stomatologie - Paris 1955

CREFFY C.

Affections de la langue et des joues
Encyclo. Méd. Chir. n^o 22055 A 10

DECHAUME

Rôle du sympathique en stomatologie
Rev. Stomato. - Juillet 1954

DELABRY

Essai de classification des glossodynies
Thèse Paris 1955

LATTE et FRIEZ

Les glossodynies
Entretien de Bichat 1953

LAZORTHES

Le système neuro-vasculaire
Masson

LERICHE

Chirurgie de la douleur
Masson

SIGMALD J., PIOT C.

Algies céphaliques
Encyclo. Méd. Chir. 1954 n^o 17091

TAPTAS

Maux de tête et névralgies
Masson

Les adenites tuberculeuses -

DUHAMEL G.

Adénopathies chroniques
Encyclo. Méd. Chir. 1964 n^o 22039 A20

MARQUEZY R., CHIGOT P., VIALATTE J., BACH C., ESTEVE P., GUIMBAUD P.

Traitement des adénopathies cervicales tuberculeuses
Intérêt de l'hydrocortisone locale
Sem. Hôp. 1956 - p. IIII

Maladies de la peau, des muqueuses et du parodonte -

BALLESTRO L.H., IUSEM K.

Traitement de la parodontose par l'injection gingivale et intramusculaire de cortisone

Pensa Med. Argent. - Octobre 1952 pp. 2645-2650

BATAILLE R., MARSAN J.

Leucokeratose

Encyclo. Med. Chir. 1959 n° 22045 K10

BOGGIO ROBUTTI

Expérience de traitement des cicatrices chéloïdiennes et des chéloïdes par l'acétate d'hydrocortisone

Minerva Dermatologica - Juin 1962 pp. 215-220

in La Presse med. 1963 - p. 934

CARTEAU A.

Dermatologie

AGEMP 1965

DECHAUME M., PAYEN J., PIRIOU

Le lichen plan isolé de la muqueuse buccale

La presse médicale 1957 - p. 2133

DE GRACIANSKY P., BOULLE S.

Atlas de dermatologie

Maloine

DUFOURMENTEL C., MOULY R.

Chirurgie plastique

Flammarion

FISCHER A.A.

The topical use of hydrocortisone ointment for certain oral conditions

New York M.J. 1955 - pp. 2494-2496

FRIEZ

Le traitement des Pyorrhée

Rapport du XII^e congrès de stomatologie - Paris 1951

GLICKMAN J., STONE I.C., CHAWLA T.N.

Effets de l'administration systématique de cortisone sur le périodonte de la souris blanche

J. Periodonto - Juillet 1953 - pp. 161-166

GOUNON F.

L'hydrocortisone, son aspect thérapeutique et résultats cliniques en association avec les antibiotiques dans les états inflammatoires

Annales odonto-stomato. - 1958 - p. 213

GRISWOLD M.L. Jr

Effects of adrenal cortical preparations on the scar hypertrophy

Plast & Reconstruct. Surg. 1954 - pp. 454-461

HAHN G.

Recherche clinique et histologique sur l'action efficace de l'hydrocortisone sur la muqueuse buccale pathologique
Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 1961 n° 415 - pp. 378-392
in Rev. stomato. - Mai 1962 - p. 307

LAGARRIGUE J.

Traitement, pronostic des parodontolyses
Encyclo. Méd. Chir. 1956 - n° 22030 A40

REINBERG A., SIDI E.

Actions locales et générales des injections intradermiques de corticostéroïdes
La presse médicale 1961 - p. 994

SELYE H.

Effet de la cortisone et de l'hormone somatotrophique sur les conditions du développement du noma chez le rat
Oral. Surg. Oral Med. Oral Path. - Avril 1953 - pp. 557-561

VILENSKY J., BARA J., NETTER J.C.

Mise en oeuvre de quelques thérapeutiques nouvelles : triamcinolone, triacéthylolcéandomycine, terramycine et hydrocortisone
Actualités odonto-stomato. 1961 n° 56 - p. 417

WHITEHILL J.L.

Prophylaxis of surgical keloïds
Arizona Med. 1954 - pp. 399-402

ZEGARELLI E.V., KUTSHER A.H., SILVERS H.F.

Triamcinolone acetonide in the treatment of recurrent ulcerative stomatias
J. Periondonto. 1959 - p. 63

Références bibliographiques sur le bêtaméthasone -

ALDEBERT J.

La bêtaméthasone. Etude d'un nouveau corticoïde
Rhumatologie, 17, 2 - pp. 87-88 - 1965

BAGOT et GUERIN

Résultats de l'emploi du phosphate de bêtaméthasone en ORL
Progrès médical 1966 - 94, 3 - pp. 93-99

BERATO J., COMMANDRE F., SANTARELLI

Les injections locales de phosphate de bêtaméthasone en pratique rhumatologique
Marseille médical 1965 - 102, 11 - pp. 917-920

BONHOMME, THUAU, TENAILLEAU et BEN BOUALI

Expérimentation clinique d'un nouveau corticostéroïde : le phosphate de bêtaméthasone
Ouest médical 1965 - 18,3 - pp. 139-145

- BOUCHE J., BRUKER J.
Le Phosphate de bêtaméthasone dans les maladies oto-rhino-laryngologiques
Revue de laryngologie 1965 - 86, 9-10 - pp. 794-800
- CALMELS, ALIX, LE CHAPELIN
Essai clinique d'un nouveau corticostéroïde : le phosphate de bêtaméthasone
Clermont médical 1965 - 13,61 - pp. 269-298
- COADOU L.J.
La bêtaméthasone en pratique courante
Sem. Thérap. 1965 - 41, 10 - pp. 581-584
- DELBARRE F.
Le phosphate de bêtaméthasone en rhumatologie
Rapport d'expertise clinique
- EXERTIER J.
Etude du phosphate de bêtaméthasone en injections locales
Lyon médical 1965 - 214, 40 - pp. 495-498
- FLANDRE O. et coll.
Action antiphlogistique de la bêtaméthasone
Thérapie 1963 - 18 - p. 1227
- Mme O. FOUSSARD-BLANPIN, BRETTEAUDEAU J.
Sur le phosphate de bêtaméthasone
Rev. Med. Tours 1965 - 6 - pp. 315-321
- GAUBERT, COUTURE, JEANNETON, DEMICHEL
Résultats de l'utilisation d'un nouveau corticoïde de synthèse : le phosphate de bêtaméthasone
J. Méd. Bordeaux 1965 - 142, -6 - pp. 1108-1114
- LE MENN G.
Etude clinique et biologique de l'administration par voie intra-rachidienne d'un nouveau corticoïde : le phosphate de bêtaméthasone
Ouest Médical 1966 - 19, 11 - pp. 698-704
- LEVEQUE B.
Le phosphate disodique de bêtaméthasone
Son utilisation chez l'enfant
Revue de médecine 1965 - 6, 18 - pp. 1018-1034
- QUEREILHAC H.
La bêtaméthasone en rhumatologie
Sem. Hôp. Thérap. 1964 - 40, 3 - p. 186
- SUDRE Y., TESSIER J.P.
Essai d'un nouveau corticostéroïde : le phosphate disodique de bêtaméthasone
J. de médecine de Bordeaux 1965 - 142, 6 - pp. 1101-1107

TEMINE P., PRIVAT Y.

Le phosphate de bêtaméthasone en dermatologie
Sem. Therap. 1965 - 41, 2 - pp. 96-99

VIALATTE J., PLANES M.

Essai en pédiatrie de la bêtaméthasone, nouveau corticos-
téroïde de synthèse
Annales de Pédiatrie 1964 - 40, 1 - pp. 57-61

VILLIAUMEY J.

La soluté injectable de phosphate de bêtaméthasone en
rhumatologie
Rapport d'expertise clinique

WAREMBOURG H., DUCLOUX G.

Essai clinique d'un nouveau corticostéroïde de synthèse :
le phosphate de bêtaméthasone
Lille médical 1964 - 9, 3 - pp. 266-276

